



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES

Curso de Psicologia

## **SEXUALIDADE NA VELHICE – MITO E REALIDADE**

**VIVIANI MAZZOCCO DUTTON BURKE**

BRASÍLIA  
JULHO/2008

**VIVIANI MAZZOCCO DUTTON BURKE**

## **SEXUALIDADE NA VELHICE – MITO E REALIDADE**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, como requisito básico para a obtenção do grau de Psicólogo. Professor (a) - Orientador (a): Maria do Carmo de Lima Meira.

BRASÍLIA  
JULHO/ 2008



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES

Curso de Psicologia

Disciplina: Monografia

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Professora Maria do Carmo de

Assinatura\_\_\_\_\_

Lima Meira

Professora Ciomara Schneider

Assinatura\_\_\_\_\_

Professora Maria Cristina Loyola

Assinatura\_\_\_\_\_

dos Santos

A Menção Final obtida foi:

\_\_\_\_\_

BRASÍLIA, JULHO/2008

*Aos meus avós e a todos os idosos por serem  
minha inspiração para trilhar essa linda e longa  
jornada.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço ao criador de todas as coisas por ter me dado forças para superar as adversidades e continuar na busca incessante pelos meus sonhos.

Agradeço à minha família por ser meu porto seguro, pela paciência, pelos incentivos, por sempre acreditarem em mim e pelo amor incondicional. Obrigada por sempre estarem presentes nos meus momentos de fraqueza!

Agradeço aos meus amigos; aos novos amigos Cínthia, Isabela, e às antigas amizades, Larissa, André e Pedro, obrigado pelos exemplos de força e determinação, por todo o apoio que me deram e pelos momentos incríveis que compartilhamos independente de serem alegres ou tristes.

Aos colegas do estágio Comportamental Adulto/Idoso, meus sinceros agradecimentos pela consideração e apoio prestado.

Aos professores: Virgínia Turra, Ivaldo Jesus, Maria Cristina Loyola dos Santos e Maria do Carmo de Lima Meira. Obrigada por me ensinarem lições valiosíssimas de humildade, cidadania, sabedoria e humanidade.

*“Acolhamos bem a velhice, amemo-la; ela  
abunda em doçuras, se dela soubermos tirar partido.”*

*Sêneca*

## **RESUMO**

O envelhecimento populacional é um fenômeno cuja proporção vem aumentando cada vez mais no Brasil. No entanto, apesar do aumento da população idosa, a sociedade ainda nutre crenças acerca da sexualidade na velhice. Sendo assim, a presente pesquisa levantou o seguinte problema: O mito relacionado à velhice assexuada faz parte da realidade de um pequeno grupo de mulheres idosas? A partir disso, o objetivo geral consiste em refletir sobre o fenômeno da sexualidade na velhice, especialmente, a repercussão do mito da velhice assexuada em um pequeno grupo de mulheres idosas. Tendo como base o problema levantado, foi elaborada uma pesquisa, cuja amostra é composta por seis mulheres dentre a faixa etária de 60-70 anos, que atendessem os seguintes critérios: autonomia, capacidade cognitiva preservada, locomoção e estar em processo terapêutico. Em seguida, os dados foram coletados através da realização das entrevistas com as participantes. Os resultados obtidos foram analisados e interpretados através do método Análise de Conteúdo. Baseado nas categorias estabelecidas pode-se concluir que o grupo de seis mulheres idosas apresenta uma boa frequência sexual; o desejo sexual mantém-se o mesmo; apresentam um relacionamento sexual relativamente satisfatório; valorizam a obtenção de prazer, o amor e sentimentos relacionados ao casal como condições para uma relação sexual satisfatória; e não acreditam no mito da velhice assexuada. Logo, esse pequeno grupo de entrevistadas admitem que a prática da sexualidade na velhice é adequada, confirmando a importância da expressão da sexualidade em suas vidas.

Palavras – chave: Sexualidade na velhice; mito da velhice assexuada.

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ENVELHECIMENTO .....</b>                              | <b>12</b> |
| <b>1.1 Envelhecimento Populacional.....</b>  | <b>12</b> |
| <b>1.2 Conceito de envelhecimento.....</b>   | <b>14</b> |
| <b>1.3 Envelhecimento fisiológico.....</b>   | <b>16</b> |
| <b>1.3.1 Teorias biológicas do envelhecimento.....</b>                             | <b>16</b> |
| <b>1.3.1.1 Teorias de programação genética.....</b>                                | <b>17</b> |
| <b>1.3.1.2 Teorias de taxas variáveis.....</b>                                     | <b>17</b> |
| <b>1.3.2 Alterações fisiológicas ocorridas com o envelhecimento.....</b>           | <b>18</b> |
| <b>1.4 Teorias psicológicas do envelhecimento.....</b>                             | <b>20</b> |
| <b>1.4.1 Paradigma mecanicista.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>1.4.2 Paradigma organicista.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>1.4.2.1 Erik Erikson .....</b>  | <b>21</b> |
| <b>1.4.2.2 Carl Gustav Jung.....</b>   | <b>23</b> |
| <b>1.4.3 Paradigma contextualista .....</b>  | <b>24</b> |
| <b>1.4.4 Paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (life-span).....</b> | <b>24</b> |
| <b>1.5 Aspectos sociais e emocionais do envelhecimento .....</b>                   | <b>27</b> |
| <b>2 SEXUALIDADE E MITO .....</b>  | <b>31</b> |
| <b>2.1 Sexualidade .....</b>   | <b>31</b> |
| <b>2.1.1 Definição da sexualidade.....</b>   | <b>31</b> |
| <b>2.1.2 Afetividade e intimidade.....</b>   | <b>32</b> |
| <b>2.2 Sexo e envelhecimento .....</b>   | <b>34</b> |
| <b>2.2.1 Os efeitos do envelhecimento na sexualidade do homem.....</b>             | <b>34</b> |
| <b>2.2.1.1 Climatério masculino .....</b>  | <b>34</b> |
| <b>2.2.1.2 Alterações na resposta sexual masculina.....</b>                        | <b>35</b> |
| <b>2.2.2 Os efeitos do envelhecimento na sexualidade da mulher.....</b>            | <b>36</b> |
| <b>2.2.2.1 Climatério e menopausa.....</b>   | <b>36</b> |
| <b>2.2.2.2 Mudanças pós-menopausa.....</b>   | <b>37</b> |



|  |               |
|--|---------------|
| <b>2.3 Fatores que interferem na vida sexual dos idosos.....</b> | <b>40</b>     |
| <b>2.3.1 Disfunções sexuais.....</b>                             | <b>40</b>     |
| 2.3.1.1 Mulher.....  | 40            |
| 2.3.1.2 Homem.....   | 42            |
| <b>2.3.2 Alterações psicossociológicas.....</b>                  | <b>43</b>     |
| <b>2.4 Mito da velhice assexuada.....</b>                        | <b>47</b>     |
| <br><b>3 METODOLOGIA.....</b>                                    | <br><b>52</b> |
| <b>3.1 Problema.....</b>   | <b>52</b>     |
| <b>3.2 Objetivo geral.....</b>                                   | <b>52</b>     |
| <b>3.3 Objetivos específicos.....</b>                            | <b>52</b>     |
| <b>3.4 Justificativa.....</b>                                    | <b>52</b>     |
| <b>3.5 Sujeitos de pesquisa.....</b>                             | <b>53</b>     |
| <b>3.6 Materiais.....</b>  | <b>53</b>     |
| <b>3.7 Estratégias de coleta de dados.....</b>                   | <b>53</b>     |
| <b>3.8 Estratégias de análise dos dados.....</b>                 | <b>54</b>     |
| <br><b>4 RESULTADOS.....</b>                                     | <br><b>57</b> |
| <br><b>5 DISCUSSÃO.....</b>                                      | <br><b>60</b> |
| <br><b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                           | <br><b>71</b> |
| <br><b>7 REFERÊNCIAS.....</b>                                    | <br><b>73</b> |
| <br><b>APÊNDICES.....</b>  | <br><b>77</b> |
| <b>APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO REDIGIDA PARA A</b>                  |               |
| <b>COORDENADORA DO CENFOR.....</b>                               | <b>78</b>     |
| <b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E</b>               |               |
| <b>ESCLARECIDO.....</b>  | <b>79</b>     |
| <b>APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>                   | <b>81</b>     |
| <b>APÊNDICE D – ENTREVISTAS TRANSCRITAS.....</b>                 | <b>82</b>     |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ANEXOS.....</b>   | <b>93</b> |
| <b>ANEXO A – FOLHA DE ROSTO DO PROJETO DE PESQUISA.....</b>                    | <b>94</b> |
| <b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UniCEUB.....</b> | <b>95</b> |

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, cuja proporção vem aumentando cada vez mais no Brasil. No entanto, apesar de o número de idosos estar crescendo vertiginosamente, ainda existe um mito vinculado à sexualidade dos idosos, cuja crença baseia-se na idéia de que os idosos não possuem desejo sexual. Desse modo, a figura do idoso é desvalorizada através de piadinhas depreciativas e estereótipos negativos. Esta pesquisa apresenta o seguinte problema: O mito relacionado à velhice assexuada faz parte da realidade de um pequeno grupo de mulheres idosas? A partir da definição do problema, foram delimitados o objetivo geral, o qual consiste na reflexão sobre o fenômeno da sexualidade na velhice, especialmente, a repercussão do mito da velhice assexuada em um pequeno grupo de mulheres idosas, e os objetivos específicos, que são: descrever os aspectos do envelhecimento humano nas áreas física, psicológica, e social; discutir sobre sexualidade e envelhecimento, e analisar e discorrer sobre a repercussão da sexualidade na velhice frente à sociedade contemporânea.

Desse modo, este trabalho é constituído por seis capítulos, dentre eles: embasamento teórico, metodologia, resultados, discussão e considerações finais.

No Capítulo 1, aborda-se o processo de envelhecimento sobre diversos ângulos, desde o fenômeno do envelhecimento populacional, as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, as teorias biológicas e psicológicas de envelhecimento e os aspectos sociais e emocionais do envelhecimento.

No Capítulo 2, estuda-se o envelhecimento no âmbito sexual, as mudanças ocorridas na resposta sexual masculina e feminina, os fatores de ordem biológica e psicossocial que interferem na vida sexual dos idosos e o mito da velhice assexuada, analisando sua repercussão tanto na sociedade como nos idosos.

No Capítulo 3, descreve-se a metodologia utilizada para a realização da pesquisa, composta por: problema, objetivos gerais, objetivos específicos, justificativa do trabalho, sujeitos de pesquisa, materiais, estratégias de coleta de dados e estratégias de análise dos dados.

O Capítulo 4 expõe os resultados obtidos através da análise e interpretação dos dados coletados pela Análise de Conteúdo.

O Capítulo 5 consiste na discussão, onde é feita uma correlação entre os resultados da pesquisa com a fundamentação teórica. Por fim, nas Considerações Finais são feitas reflexões sobre os tópicos mais importantes da pesquisa. Deve-se salientar que a pesquisa teve como

objetivo oferecer informações atualizadas sobre sexualidade na velhice, tanto para a população idosa quanto para os profissionais da área de saúde, visando uma conscientização sobre o tema, bem como informações relacionadas às alterações fisiológicas e implicações psicológicas e sociais decorrentes dessa etapa da vida, as quais, muitas vezes não são compreendidas facilmente pelos idosos.

A pesquisa também visa estimular a valorização da figura do idoso como um ser humano digno e possuidor de necessidades sexuais, assim como qualquer outro ser humano. Com isso, a pesquisa, além de possuir um cunho informativo para os idosos, também é destinado ao público jovem, com o objetivo de fazê-los refletir sobre essa parcela da população que merece todo o nosso respeito e admiração.

## CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ENVELHECIMENTO

### 1.1 Envelhecimento populacional

De acordo com o último Censo realizado em 2000, 8,6% dos brasileiros tinham 60 anos ou mais. Em 1991, a população de 60 anos ou mais de idade era de 10.722.705; em 2000, o número de idosos passou para 14.536.029. O peso relativo da população idosa no início da década representava 7,3%, enquanto em 2000, essa proporção atingiu 8,6%. O esperado é que esta população chegue a 16% em 2030 (IBGE, 2000).

Segundo os dados coletados, só no Distrito Federal vivem 109.638 idosos. A expectativa de vida da população brasileira gira em torno de 68 anos e 7 meses. No Brasil, em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens, sendo que a expectativa de vida dos homens gira em torno dos 65 anos, enquanto nas mulheres gira em torno de 72,8 anos. As diferenças de expectativa de vida entre os sexos mostram: em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos; em 2000, passaram para 55,1%. Portanto, em 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens idosos. Esse aumento da população idosa do sexo feminino é conhecido como “feminização da velhice” (IBGE, 2000). Este fenômeno apresenta implicações tanto no âmbito médico quanto no social, tendo em vista que a maioria dos homens é casada, enquanto a maioria das mulheres mais velhas são viúvas ou sozinhas (divorciadas ou nunca foram casadas). Além disso, deve-se levar em consideração o aumento do número de casamentos entre homens da terceira idade com mulheres mais jovens; com isso, o desequilíbrio entre os sexos fica maior, pois promove um aumento do número de mulheres mais velhas e não-casadas. Logo, a predominância de mulheres influencia o planejamento sócio-econômico e os programas de cuidados com a saúde, mais direcionados para o sexo feminino, já que as mulheres são física e socialmente mais frágeis do que os homens (BUSSE & BLAZER, 1999).

Waldron (1986, apud BUSSE & BLAZER, 1999, p.31) explica que o índice de mortalidade é maior entre os homens do que entre as mulheres devido à fatores comportamentais como: tabagismo, consumo mais pesado de álcool, acidentes de carro, acidentes com armas de fogo e emprego em ocupações mais perigosas. Gonçalves e Veras (2001; 1994, apud CAMPOS, 2005, p.8) atentam para o fato de a mulher geralmente ser mais

cuidadosa com a saúde do que o homem, assim tendem a procurar assistência médica com mais frequência do que os homens.

O crescimento da população de idosos é um fenômeno de dimensão mundial. Segundo as estatísticas, em 1950, havia uma população de 204 milhões de idosos e, em 1998, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano (IBGE, 2000).

Papalia & Olds (2000) afirmam que o envelhecimento da população possui diversas causas, tais como: altas taxas de natalidade e altas taxas de imigração durante o início e meados do século XX, juntamente com a queda da mortalidade promovida pelos progressos da medicina e a aderência a estilos de vida mais saudáveis. A consequência mais notória desse aumento do envelhecimento é a alteração nos panoramas político, físico, social e econômico, visando melhoria da qualidade de vida dos idosos e daqueles que estão em processo de envelhecimento.

No entanto, essa não é uma tarefa fácil para um país de Terceiro Mundo como o Brasil, que apresenta uma precária condição socioeconômica, assim dificultando o processo de adaptação do idoso às exigências do mundo moderno (PAPALÉO NETTO, 2007).

No campo da saúde podemos perceber algumas mudanças, como a Política Nacional de Saúde do Idoso, fundamentada pelo Ministério da Saúde em 1999, que se baseia em dois objetivos: a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional do idoso. A política também aponta que a assistência à saúde do idoso deverá ser ministrada por equipes multidisciplinares que inclui médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas e nutricionistas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Porém, observa-se que a infra-estrutura dos sistemas de saúde necessita de reparos, pois não apresenta instalações, recursos humanos e programas específicos necessários para atender com eficácia os idosos, principalmente as mulheres, cuja expectativa de vida é maior.

## 1.2 Conceito de envelhecimento

O termo envelhecer sempre foi temido pela maior parte da sociedade ao longo dos séculos. As mãos enrugadas, as linhas de expressão acentuadas e os cabelos brancos têm sido mais alvo de pavor do que respeito. O envelhecimento faz parte do ciclo vital e acontece em todos os seres humanos, por mais evitado que este seja. No entanto, o envelhecimento é um processo resultante da interligação dos fatores biológicos, psicológicos, sociais e econômicos. Desse modo, o envelhecimento é vivenciado de maneira singular por cada indivíduo, dependendo de sua história de vida.

O envelhecimento é um conceito complexo, de definições diversas. A inexistência de uma definição específica de envelhecimento se deve à ausência de um marcador biofisiológico, cuja consequência resulta na incapacidade de estabelecer uma idade biológica que represente o início da velhice. Portanto, os fatores sociais, econômicos e legais são mais significativos do que os biológicos na demarcação entre maturidade e velhice (PAPALÉO NETTO; 2002).

A dificuldade de estabelecer a idade biológica devido à inexistência de marcadores biofisiológicos, juntamente com a imprecisão sobre o início do processo de envelhecimento, fez com que fosse adotado o critério cronológico para a determinação de um limite de idade entre o adulto e o idoso. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estipulou a idade de 60 anos para marcar o início da velhice nos países em desenvolvimento, e 65 anos, nos países desenvolvidos. Por volta dessa idade, acentuam-se as transformações biológicas e ocorre o afastamento do mercado de trabalho, tendo como consequência a aposentadoria (CAMPOS, 2005). No intuito de melhor observar e comparar as diferenças e similaridades da velhice, esta foi dividida em três sub-faixas etárias: os idosos jovens – 60 a 69 anos; os meio idosos – 70 a 79 anos; e os idosos velhos – acima de 80 anos (PAPALIA & OLDS, 2000).

Papaléo Netto (2007, p.6), afirma que o envelhecimento seria um processo dinâmico e progressivo, dentro do qual ocorre:

declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo, não permitindo a definição de um ponto exato de transição, como nas demais fases. Tem início relativamente precoce, ao final da segunda década da vida, perdurando por longo tempo de modo pouco perceptível, até que surgem, no final da terceira década, as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento.

Guimarães (1999), assim como Papaléo Netto (2007) também acredita que o envelhecimento consiste em um processo progressivo de perdas orgânicas que tem seu início a partir dos 30 anos (CAMPOS, 2006, p.20).

Estima-se que, a partir dos 30 anos, ocorra perda de 1% da função corporal a cada ano. As alterações são de início, bem discretas, tendo como tendência seu aumento progressivo. Aos poucos, ocorre a redução da reserva funcional, fato este que compromete a capacidade do órgão de manter o equilíbrio mediante as alterações do meio interno e/ou externo. Além do comprometimento da capacidade funcional, também ocorrem alterações teciduais, celulares, moleculares e enzimáticas. Assim, são descritas perdas de células em alguns tecidos, e desorganizações estruturais que aumentam progressivamente com o passar dos anos (PAPALÉO NETTO, 2007).

Outra definição de envelhecimento é a de Comfort (1979, apud PAPALÉO NETTO, 2002, p.10), na qual “o envelhecimento se caracteriza por redução da capacidade de adaptação homeostática, perante situações de sobrecarga funcional do organismo.”

O envelhecimento é um fenômeno universal, porém a taxa de envelhecimento pode variar entre os indivíduos. Como diz Veras (1994, p.25, apud SALDANHA, ARAÚJO & FELIX, 2006, p. 218): “A velhice é um tempo impreciso, e sua realidade é difícil de perceber. Quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 65 ou 75 anos? Nada flutua mais do que do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social [...]”.

A partir disso, foram classificados dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento primário e o secundário. O envelhecimento primário é um processo intrínseco ao organismo onde os fatores responsáveis pela deterioração corporal são de ordem genética. Já o envelhecimento secundário é extrínseco ao organismo e corresponde ao surgimento de doenças ou deficiências causadas por fatores hostis no ambiente, ou seja, são resultados obtidos através do estilo de vida adotado pelo indivíduo. Por isso, a realização de exercícios físicos, a manutenção de uma dieta saudável, a evitação de certos vícios como tabagismo, ingestão de álcool e situações estressantes podem retardar os efeitos secundários do envelhecimento.



### **1.3 Envelhecimento fisiológico**

Segundo Jeckel-Neto e Cunha (2002, p. 13):

o termo envelhecimento é frequentemente empregado para descrever mudanças morfofuncionais ao longo da vida, que ocorrem após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção de homeostasia.

No entanto, devemos tomar cuidado para não atribuírmos ao envelhecimento uma conotação negativa, voltada apenas para a degradação orgânica e danos gerados por doenças. Como diz Groisman (2002, p. 67 apud BASSIT e WITTER, 2003, p.29): “No caso da velhice [...] ela parece ter sido concebida como uma espécie de doença, pois é medida justamente pelo grau de degeneração que causou ao organismo”.

Desse modo, foram criados quatro critérios, os quais devem ser obedecidos, para definir se as mudanças ocorridas realmente estão relacionadas à idade. Segundo esses critérios, as mudanças: a) devem ser deletérias, ou seja, reduzir sua funcionalidade; b) devem ser progressivas; c) devem ser intrínsecas, e d) devem ser universais (JECKEL-NETO e CUNHA; 2002).

Os autores colocam que as modificações relacionadas com a idade, que ocorrem no organismo, e que interferem na vitalidade e funções de forma a provocar o aumento da taxa de mortalidade em função do tempo, são chamadas de senescência. O estágio final da senescência chama-se senilidade.

#### ***1.3.1 Teorias biológicas do envelhecimento***

Tendo em vista promover a compreensão do processo de envelhecimento no nível fisiológico, foram criadas inúmeras teorias biológicas do envelhecimento, as quais encontram-se divididas em duas categorias: teorias de programação genética e teorias de taxas variáveis.

### *1.3.1.1 Teorias de programação genética*

De acordo com Papalia & Olds (2000), as teorias de programação genética afirmam que os corpos envelhecem seguindo um planejamento genético. Assim, o padrão de envelhecimento de cada espécie e sua expectativa de vida seria predeterminado e inato, sujeito apenas a pequenas alterações.

Dentro das teorias de programação genética podemos citar: teoria da senescência programada; teoria endocrinológica e a teoria imunológica.

- **Teoria da senescência programada:** o envelhecimento provém da ativação e desativação sequencial de certos genes; logo, a senescência seria a fase em que ocorre a manifestação dos déficits relacionados à idade.

- **Teoria endocrinológica:** afirma que os relógios biológicos atuam por intermédio dos hormônios para regular a taxa de envelhecimento.

- **Teoria imunológica:** diz que o envelhecimento é causado pela redução programada nas funções do sistema imunológico.

### *1.3.1.2 Teorias de taxas variáveis*

As teorias de taxas variáveis, também chamadas de teorias de erro, afirmam que o envelhecimento é consequência de processos os quais variam de indivíduo para indivíduo. Esses processos podem ser tanto influenciados por fatores externos quanto internos. Dentre as teorias de taxas variáveis podemos citar: a teoria do desgaste; teoria dos radicais livres; teoria da taxa de metabolismo; teoria do erro-catástrofe; teoria da mutação somática e a teoria auto-imune (PAPALIA & OLDS, 2000).

- **Teoria do desgaste:** diz que o envelhecimento é causado pelo acúmulo de agressões ao sistema; o desgaste pode sofrer influência ou ser agravado pelos estressores internos e/ou externos.

- **Teoria dos radicais livres:** sustenta que os danos acumulados dos radicais de oxigênio fazem com que células e órgãos parem de exercer suas funções. Os danos dos radicais livres não aparecem imediatamente; eles se acumulam com a idade e encontram-se associados com artrite, catarata, câncer, distrofia muscular, dentre outros.

-**Teoria da taxa de metabolismo:** propõe que a velocidade do metabolismo determina a duração da vida; assim, quanto maior a taxa de metabolismo de um organismo, mais curto é o ciclo de vida.

-**Teoria do erro-catástrofe:** processos incorretos de transcrição e/ou de tradução dos ácidos nucleicos reduziram a capacidade celular a ponto de gerar mau funcionamento do organismo, deterioração das partes do corpo e até morte.

-**Teoria da mutação somática:** afirma que as mutações genéticas vão se acumulando ao longo dos anos, provocando mau funcionamento e deterioração das células.

-**Teoria auto-imune:** diz que o envelhecimento é provocado pelo comportamento auto-imune das células, ou seja, o sistema imunológico se confunde e libera anticorpos que vão atacar as células do próprio organismo.

Os autores lembram que, apesar de essas duas categorias de teorias apresentarem propostas tão diferentes, é importante observarmos a relevância que cada uma das teorias possui para o processo de envelhecimento. A programação genética pode estipular a expectativa de vida, porém devemos igualmente considerar a importância dos fatores ambientais e de estilo de vida, pois estes podem interferir na expectativa de vida do sujeito, antes determinada apenas pela sua programação genética.

### ***1.3.2 Alterações fisiológicas ocorridas com o envelhecimento***

Como visto anteriormente, as mudanças fisiológicas na velhice variam de indivíduo para indivíduo. Tudo isso vai depender além do fator genético, dos fatores ambientais em que o indivíduo está inserido; estes fatores extrínsecos podem contribuir na determinação tanto de padrões de saúde quanto de doença. Papalia & Olds (2000) salientam que a preservação de estilos de vida saudáveis permite que um número cada vez maior de jovens e adultos da meia-idade mantenha um nível elevado de funcionamento físico em boa parte da terceira idade.

Os autores apontam que uma das alterações fisiológicas mais significativas ocorre no cérebro. Este órgão começa a perder peso após os 30 anos; essa perda torna-se maior e mais rápida com o passar do tempo de forma que, aos 90 anos a pessoa pode perder até 10% da massa cerebral. As causas encontradas foram a perda ou diminuição dos neurônios no córtex cerebral ou a perda de substância branca do cérebro. A perda de substância cerebral pode causar um retardo gradativo das respostas e a lentidão do processamento de informações.

Outra alteração encontra-se no cerebelo. Com o envelhecimento, o cerebelo pode chegar a perder 25% das suas células, assim comprometendo o equilíbrio e a coordenação motora.

Podem surgir problemas na visão relacionados à percepção de profundidade ou cor ou até mesmo para realizar atividades cotidianas como ler e costurar. Também aparecem dificuldades para se adaptar à luz fraca, bem como para a luz intensa. A partir dos 65 anos aumenta a propensão ao desenvolvimento da catarata e da cegueira funcional provocada pela degeneração macular associada com a idade. Vale a pena ressaltar que problemas visuais de intensidade média ainda podem ser corrigidos com cirurgias, uso de lentes corretivas ou mudanças ambientais.

A acuidade auditiva também pode ser alvo de modificações, podendo haver dificuldade em ouvir sons agudos e uma possível redução da sensibilidade a altas frequências (PAPALIA & OLDS, 2000).

Quanto à olfação e gustação, uma das mudanças encontradas diz respeito à redução da quantidade de papilas gustativas, o que limita a percepção do sabor do alimento. O bulbo olfativo, órgão responsável pelo olfato, também pode sofrer alterações quanto ao seu tamanho, cuja tendência é ficar menor.

Rodrigues & Diogo, e Perracini (2000; 2002, apud CAMPOS, 2005) levantam outras alterações fisiológicas ocorridas durante o envelhecimento; são elas: as rugas ficam mais acentuadas; embranquecimento dos cabelos; diminuição da massa muscular e conseqüente aumento do tecido adiposo; aumento da cavidade torácica e abdominal; a pele torna-se mais fina, seca e sensível; os ossos tornam-se mais fracos, fato este que aumenta o risco de lesões e fraturas; redução da capacidade renal; diminuição da altura, do peso e das densidades ósseas; aumento da largura do nariz e dos pavilhões auditivos; alterações no coração e nos vasos sanguíneos podem desencadear um aumento na pressão arterial; diminuição da força, resistência, tempo de reação e a menor eficiência de coordenação.

## **1.4 Teorias psicológicas do envelhecimento**

Espera-se de uma teoria do desenvolvimento ou do envelhecimento, que ela possa descrever e explicar as modificações que acontecem ao longo do tempo, e que caracterize as diferenças entre indivíduos e grupos, com relação a forma que se desenvolvem, e sobre como e por que envelhecem de uma determinada forma (BALTES, 1987, apud NERI, 2002, p.32).

Segundo Neri (2002), as teorias do desenvolvimento são relacionadas a paradigmas que são inferências sobre a natureza geral das mudanças evolutivas que ocorrem em um período específico da vida ou durante toda a vida. Desse modo, temos quatro paradigmas acerca do envelhecimento que são: paradigma mecanicista, organicista, contextualista e dialético.

### ***1.4.1 Paradigma mecanicista***

O paradigma mecanicista apresenta como conceito de homem um ser robotizado, semelhante a uma máquina. Conseqüentemente, o ser humano enquadrado na metáfora da máquina tende apenas a reagir às forças ao invés de criá-las ou transformá-las. Logo, o desenvolvimento resulta de uma história de relações ou de funções estímulo-resposta sem a intervenção de capacidades cognitivas. As teorias estímulo-resposta de Watson (1878-1958), Tolman (1886-1959), Hull (1884-1952) e Skinner (1904-1990) exemplificam o paradigma mecanicista (NERI, 2007).

### ***1.4.2 Paradigma organicista***

O paradigma organicista teve origem na teoria evolucionista de Darwin (1801–1882). Os critérios propostos por Darwin para explicar o desenvolvimento humano (continuidade da mudança histórica, multidirecionalidade, seletividade, criatividade e progressividade da evolução das espécies), exerceram forte influência sobre as teorias do desenvolvimento psicológico (NERI, 2002).

A autora ainda acrescenta que o paradigma organicista considera que o desenvolvimento procede de forma ordenada, através da sucessão dos estágios, sendo esse processo regulado por princípios intrínsecos de mudança, os quais podem ser influenciados por fatores de ordem social, histórico e cultural.

Os principais teóricos envolvidos no paradigma organicista foram: C. Buhler, Kuhlen, Levinson, Jung e Erikson (NERI, 2002). Falaremos um pouco mais sobre os teóricos Erik Erikson e Carl Gustav Jung.

#### *1.4.2.1 Erik Erikson*

Tendo como base as teorias das fases psicosssexuais de Freud, Erik Erikson elaborou uma teoria das oito fases psicossociais, na qual o desenvolvimento permanece contínuo durante toda a vida, de acordo com oito estágios de desenvolvimento, sendo que os primeiros quatro estágios ocorrem durante o período da infância e os três últimos durante a idade adulta e velhice. Erikson levanta que cada estágio envolve uma crise; essa crise consiste num conflito centrado em uma questão específica, cuja resolução é de importância vital para o desenvolvimento do ego e da personalidade. No entanto, deve-se levar em consideração que não existem crises pertencentes a apenas um estágio. Cada crise possui relevância maior durante um estágio, porém apresenta conexão com os estágios prévios e subsequentes a fase característica (CLONINGER, 1999).

Erikson (1968, p. 92 apud HALL, LINDZEY e CAMPBELL, 2000, p.168) enfatiza a importância da vivência de cada estágio na constituição da personalidade total: “tudo que cresce tem um plano básico, e [...] desse plano básico surgem as partes, cada parte tendo seu momento de ascendência especial, até que todas elas tenham surgido para formar o todo que funciona”.

O sétimo estágio é vivido entre os 40 e 65 anos e corresponde à crise Generatividade versus Estagnação. O estágio da generatividade caracteriza-se pela preocupação com o que é gerado, bem como o estabelecimento de orientações para as gerações seguintes. A passagem dos conhecimentos é necessária para o desenvolvimento da personalidade em seus aspectos psicossociais e psicosssexuais. Por outro lado, se o indivíduo não expressar a sua generatividade, corre risco de a personalidade regredir, assim favorecendo o desenvolvimento da outra polaridade, que é a estagnação (HALL, LINDZEY, e CAMPBELL; 2000).

A virtude desenvolvida nesse estágio é o cuidado. O cuidado é definido por Erikson (1964, p. 131 apud HALL, LINDZEY e CAMPBELL, 2000, p.175) como “a crescente preocupação com aquilo que foi gerado por amor, necessidade ou acidente; ele supera a ambivalência presente na obrigação irreversível”.

A partir dos 65 anos a crise evolutiva é caracterizada pela polaridade Integridade versus Desespero, constituindo o oitavo e último estágio. A Integridade é quando o sujeito é capaz de avaliar as experiências vivenciadas nos estágios anteriores e dar um significado a elas. Assim, o indivíduo quando chega ao oitavo estágio começa a perceber os benefícios alcançados em situações que, anteriormente eram vistas como ameaçadoras.

Os autores afirmam que Erikson acredita que o Desespero, por sua vez, consiste no sentimento de vazio existencial, de que a vida não tem sentido, e de que o tempo é curto demais para a tentativa de mudar certos hábitos e começar uma nova vida.

A virtude resultante do último estágio é a Sabedoria, que envolve a capacidade de compreender a si mesmo e aos outros, o sentido da sua existência e a avaliação da sua vida.

As pessoas que alcançaram a Sabedoria apresentam um sentimento de inteireza e completude, os quais podem aliviar o sentimento de desamparo e dependência e amenizar o desespero com relação ao sentimento de que tudo está prestes a ter um fim (HALL, LINDZEY, e CAMPBELL; 2000).

A esposa de Erik Erikson, Joan M. Erikson, a fim de complementar a teoria original acrescentou o nono estágio, a velhice avançada, que é vivido após os 80 anos. Com a criação do nono estágio, o desespero, que surge no oitavo estágio, emerge no nono, tendo em vista que, apesar dos esforços para manter a força e o controle, a autonomia aos poucos é perdida. Além disso, existe a expectativa de que perdas de capacidades podem ocorrer. Para esse período, muitas perdas são previstas. Com isso, a autora sugere que o indivíduo deve buscar a fé religiosa e a humildade como forma de lidar com essa crise (CAMPOS, 2005).

#### 1.4.2.2 Carl Gustav Jung

Jung acreditava que os seres humanos estão sempre em processo de desenvolvimento ou tentando progredir para um estágio mais elevado. Para ele, as pessoas têm como meta principal a auto-realização. De acordo com Hall, Lindzey e Campbell (2000, p. 99), auto-realização significa: “A diferenciação e a fusão harmoniosa mais plena e completa de todos os aspectos de uma personalidade humana total. Isso significa que a psique desenvolveu um novo centro, o *self*, que ocupa o espaço do antigo centro, o ego”.

Jung descreveu quatro estágios gerais de desenvolvimento: infância, idade adulta jovem, meia-idade e velhice (HALL, LINDZEY, e CAMPBELL; 2000).

Na primeira metade da vida, o objetivo é o relacionamento com o mundo externo. O indivíduo nessa fase visa o crescimento e a expansão. Já em torno dos 40 anos, ocorre o inverso: as pessoas voltam-se para si, visando a individuação. A individuação é definida por Jung como um processo de interiorização do *self*, com o qual a pessoa adquire o senso de ser única. Nessa fase da vida, o indivíduo focaliza os seguintes assuntos: morte, cultura e a contração. Jung explica que as pessoas quando entram nesse estágio precisam encontrar uma razão para a sua existência, por isso elas passam de uma atitude extrovertida – voltada para o mundo – para uma atitude introvertida – voltada para si. A pessoa de meia-idade torna-se mais introvertida e centrada, há planejamento de novos interesses e atividades, e um enfoque maior na espiritualidade (PAPALÉO NETTO, 2006).

Muitas pessoas chegam à velhice com os mesmos interesses da primeira metade da existência, assim refletindo a incapacidade de desapegar-se aos antigos focos. Logo, é importante que o indivíduo desenvolva a sua espiritualidade para atribuir um significado a sua vida e, com isso, aceitar a morte. Como diz Jung (1964, p. 87 - 88 apud HALL, LINDZEY e CAMPBELL, 2000, p.102): “[...] O homem, positivamente, precisa de idéias e convicções gerais que dêem sentido à sua vida e que lhe permitam encontrar um lugar para si mesmo no universo”.



### ***1.4.3 Paradigma contextualista***

O paradigma contextualista teve origem no funcionalismo de William James (1890) em psicologia e no interacionismo simbólico de George Herbert Mead (1930), em sociologia (NERI, 2002).

Para o paradigma contextualista, o desenvolvimento é um processo contínuo de adaptação ao longo da vida e é controlado por fatores sócio-culturais. O indivíduo e o ambiente social são interdependentes no processo de construção da trajetória de desenvolvimento individual e das diferentes coortes.

A sociedade apresenta um papel importante no desenvolvimento do indivíduo. Segundo o paradigma, a sociedade determina quais são os comportamentos adequados para cada faixa etária, e mostra aos indivíduos que certas trajetórias de desenvolvimento são normais e esperadas.

Outro conceito desse paradigma enfatizado por Neri (2002), diz respeito aos eventos marcadores do desenvolvimento. Os eventos marcadores ou eventos de transição são de ordem biológica e social e incita a emissão de comportamentos que favoreçam a adaptação, assim evocando a necessidade de reestruturação da vida.

O paradigma contextualista salienta a importância do processo de construção social do desenvolvimento do adulto, bem como a natureza interpessoal da vida humana (NERI, 2002).

### ***1.4.4 Paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (life-span)***

O paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida surgiu nas décadas de 1960 e 1970, com o estabelecimento dos primeiros programas de pesquisa psicológica sobre o adulto e o idoso; com isso, esse paradigma é consequência de um esforço de integração dos princípios do paradigma organicista com princípios interacionistas e dialéticos. Ele é considerado o paradigma mais influente na psicologia do desenvolvimento (NERI, 2002).

Um dos primeiros teóricos desse paradigma foi Riegel, cuja teoria focaliza-se na mudança e sustenta a idéia de que o desenvolvimento não é linear nem possui estágios de desenvolvimento, e que o envelhecimento, não é uma fase de estagnação, mas sim um processo no qual existe oportunidades de obter crescimento. Além disso, o desenvolvimento

sofre influência de fatores inato-biológicos, individual-psicológico, cultural-psicológico e natural-ecológico.

O processo de desenvolvimento normal consiste no equilíbrio desses fatores, chamado sincronia. Quando ocorre um desequilíbrio entre os fatores (assincronia), o indivíduo entra num estado de tensão, onde ele começa a emitir comportamentos adaptativos, até que haja a recuperação do desenvolvimento, que resulta da adaptação do sujeito às demandas externas (NERI, 2002).

O desenvolvimento e o envelhecimento podem ser analisados por meio dos eventos de vida. Os eventos de vida correspondem a eventos de transição, os quais podem provocar formação de comportamentos adaptativos necessários para que haja o ajustamento biológico, social e psicológico e, conseqüentemente, a mudança e o crescimento. Em geral, consistem em acontecimentos importantes como a menopausa, um acidente, a aposentadoria, ou a perda de um filho ou cônjuge, que vêm a marcar uma nova fase para o indivíduo. Alguns eventos são esperados, outros não; uns são vistos de forma positiva, enquanto outros são vistos de forma negativa; cada pessoa vivencia os eventos de um jeito pessoal, dependendo de sua história de vida (FORTES & NERI, 2004). No entanto, Baltes (1987, apud FORTES & NERI, 2004, p.52) faz uma observação importante acerca do envelhecimento ao afirmar que: “À medida que a pessoa envelhece, aumenta a probabilidade de ocorrência de eventos inesperados relacionados à saúde e ao bem-estar e relacionados à vida de entes queridos”.

Os autores ainda consideram que, a vivência de um evento, seja de natureza positiva ou negativa, implica em uma necessidade de ajustamento a ele, o que pode ser uma tarefa fácil ou complicada, dependendo do valor que a pessoa atribui a esse acontecimento. Logo, ressalta-se a importância do suporte, seja familiar, conjugal, ou do grupo de amizade, que são fonte de companhia, conforto, apoio, além de diminuir a pressão causada pela incidência desses eventos.

Os eventos de vida são divididos em duas categorias: eventos normativos – graduados por idade e por história – e os eventos não-normativos ou idiossincráticos. Os eventos normativos graduados por idade são eventos de ordem biológica ou social, que costumam aparecer na mesma época para a maior parte dos indivíduos. Os eventos normativos graduados pela história tendem a ter sua ocorrência na mesma época em indivíduos que fazem parte da mesma coorte. Por sua vez, os eventos não-normativos podem ser de caráter biológico ou social, e ocorrem independentemente da ontogenia ou tempo histórico (PAPALIA & OLDS, 2000).

Os eventos não-normativos tendem a ser mais estressores que os eventos normativos devido a sua imprevisibilidade. Com isso, os eventos não - normativos geralmente são mais estressantes para os idosos tendo em vista que, na velhice as pessoas ficam mais expostas e vulneráveis, pois ocorre diminuição dos recursos e aumentam as possibilidades de convivência com eventos negativos. Deve-se salientar a importância do controle sobre o evento, já que, quanto maior o senso de controle acerca do evento, menor é a chance de se desenvolver problemas de adaptação, como, por exemplo, depressão, isolamento social, doenças somáticas e dependência (PAPALIA & OLDS, 2000).

## 1.5 – Aspectos sociais e emocionais do envelhecimento

Beauvoir (1990) aponta que o envelhecimento não é apenas um fenômeno de ordem biológica, mas que também é afetado por questões hereditárias, psicológicas, sociais e culturais.

como todas as situações humanas, ela tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história. Por outro lado, o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence (p.15).

Com isso, a chegada da velhice traz consigo inúmeras alterações que transcendem o aspecto fisiológico como: a aposentadoria, a perda de entes queridos, a chegada dos netos, a viuvez, dependência. Todos esses acontecimentos repercutem no âmbito social resultando numa perda ou mudança de papéis sociais. Como diz Zimmerman (2000, apud CAMPOS, 2006, p.22): “Essa perda pode provocar crise de identidade, mudanças de papéis na família e na sociedade, restrições à independência e à autonomia e diminuição das oportunidades de interagir com outras pessoas”.

No entanto, Campos (2006) enfatiza que o envelhecimento é um período marcado por perdas e limitações. É possível reconhecer as inúmeras transformações promovidas pelo envelhecimento, dentre elas diversas perdas, mas, simultaneamente, certificar que, ao longo desse processo também existem ganhos. Apesar do passar dos anos, as pessoas idosas podem manter suas habilidades, assim como adquirir novos conhecimentos e ter metas de vida.

Papéis sociais consistem em comportamentos estabelecidos pelo grupo e sua cultura, o qual tem expectativas sobre seu desempenho. Tais papéis sociais apresentam propriedades positivas ao favorecerem oportunidades de aquisição e uso de habilidades. Apresentam propriedades negativas ao gerarem tensões, conflitos e ambigüidades. Os papéis sociais determinam o modo de interação do indivíduo com o meio e são regidos por normas etárias, bem como por fatores relacionados ao status, gênero e tarefas específicas. Logo, se os papéis sociais associam-se à idade, supõe-se que cada idade tem suas capacidades, limites e obrigações. Desse modo, segundo Martín (1996, apud ERBOLATO, 2006, p. 1324) os papéis sociais “envolvem padrões de comportamento que influenciam os relacionamentos e servem como base para o autoconceito, pois descrevem e identificam quem os desempenha”.

No entanto, Erbolato (2006) afirma que a natureza dos eventos determina o nível de aceitação e adaptação desses pelos idosos. Eventos normativos tendem a ser aceitos com mais

facilidade do que os eventos não-normativos, pois o evento normativo, como já dito, é previsível, portanto, os indivíduos já sabem que eles vão aparecer em algum momento de sua vida e tem uma quantidade de tempo maior para adaptarem-se a eles.

Conforme o autor, um exemplo de evento normativo é a aposentadoria, pois permite uma preparação para sua chegada, o que pode prevenir ou diminuir o estresse causado por este marco. Porém, a questão da previsibilidade da aposentadoria não significa que o indivíduo possa evitar o estresse, principalmente quando o afastamento do trabalho envolve perda de status, pagamento inferior e a falta de ocupações.

A aposentadoria causa efeitos diferentes voltados para os gêneros. As mulheres costumam sentir menos a aposentadoria, por terem uma jornada dupla de trabalho e manterem-se ativas em uma das ocupações, enquanto o homem enxerga a aposentadoria de uma forma negativa, pois ele transita da categoria de trabalhador para ex-trabalhador; de produtivo para improdutivo; de cidadão ativo para inativo (CAMPOS, 2006). Erbolato (2006) cita uma pesquisa realizada por Cavalcanti (2004) a qual salienta a importância dos aposentados manterem-se ativos e procurarem novas alternativas de atividades que dêem um significado à sua existência.

Existem papéis que permanecem como os de pais, irmãos, amigos e vizinhos. Esses não são desativados, mas sim ressignificados.

Os irmãos se afastam devido à chegada da fase adulta, que inclui novas responsabilidades, como inserção no mercado de trabalho, casamento e criação dos filhos. Esse laço tende a ser renovado na velhice, tendo em vista que os irmãos são importantes cuidadores secundários de idosos (CARSTENSEN, 1995, apud ERBOLATO, 2006).

No caso dos papéis parentais, eles sofrem modificações com a independência dos filhos. O envelhecimento acarreta uma mudança na estrutura familiar, pois ocorre uma inversão nos papéis, onde os pais, que antes recebiam o título de cuidador e provedor agora, com a velhice, são eles que precisam de cuidados especiais. Logo, o papel de cuidador e as responsabilidades envolvidas passam para o filho (Lopes e Calderoni, 2007).

Além disso, nessa fase, desenvolvem-se os papéis de avós. Esse papel traz conforto para os avós, porque, como diz Seminerio (1999, apud CAMPOS, 2006,p.24):

Aproximar-se da velhice é um momento do indivíduo estar diante da realidade de sua finitude. Perceber que há limites à concretização de desejos, como o de transcender o fim da vida, pode gerar a sensação de desespero nas pessoas.

Portanto, a chegada dos netos traz uma idéia de continuidade e perpetuação, o que compensa a sensação de finitude e o desespero desencadeado por ela.

O papel de vizinho corresponde a um relacionamento mantido pela proximidade geográfica e contato freqüente, características que são cruciais nessa fase da vida, já que o vizinho, pela sua proximidade, torna mais fácil a execução de determinadas tarefas pelo idoso, principalmente se a sua mobilidade estiver comprometida. O relacionamento com o vizinho constitui uma rede eficiente pela segurança que esse papel proporciona (ERBOLATO, 2006).

Erbolato (2001, apud ERBOLATO, 2006) afirma que o papel de amigo, por sua vez, está sempre freqüente nas redes sociais de idosos, e sua presença é constantemente associada ao bem-estar subjetivo, tendo em vista que, são relacionamentos advindos do livre-arbítrio, onde ocorrem trocas simbólicas e reciprocidade, e também oferece suportes sociais valiosos como: confiança, confirmação de valores e reafirmação da auto-estima.

O autor afirma que outro papel importante é o da família. Os papéis familiares são permanentes, composto por um número restrito de pessoas - pais, cônjuges, irmãos e avós – que garantem uma assistência de longo prazo, não só de suporte emocional como de suporte financeiro, o que intitula os familiares de cuidadores primários. Logo, os papéis sociais de cunho familiar são os principais componentes da rede de apoio social, estendendo-se a amigos e vizinhos. Embora haja uma diferença em termos de função, investimento de afeto e duração, todos esses relacionamentos são fundamentais, especialmente na velhice, pois são fontes de suporte social, seja psicológico ou instrumental.

Com a mudança de papéis, ocorrem concomitantemente as mudanças de tarefas sociais voltadas a estes, o que influencia as relações sociais. Vale ressaltar que, à medida que o indivíduo passa por modificações, o mesmo ocorre com aqueles que o rodeiam, de modo que os relacionamentos sociais adquirem caráter estável e dinâmico.

Os relacionamentos sociais definem-se como interações que apresentam um grau de freqüência, durabilidade no tempo e atendem a certo padrão; abrangem sentimentos tanto positivos como negativos, percepção de si e do outro e abrangem diferentes graus de afetividade. Este tipo de relacionamento em geral atua de forma positiva sobre a pessoa, oferecendo proteção, sentimentos de bem-estar e auto-estima (ERBOLATO, 2006).

As pessoas que fazem parte do círculo de relacionamentos sociais de um indivíduo compõem uma rede de suporte social. Na rede social, o indivíduo tem suas necessidades providas através dos suportes sociais. Os suportes podem ser instrumentais - quando relacionados às necessidades financeiras, de transporte, preparo de comida – ou emocionais / psicológicos - comunicação, confiança, reafirmação da auto-estima, satisfação e sentimentos de pertencimento. As trocas de suporte podem ocorrer tanto entre pessoas pouco próximas, onde há um baixo nível de intimidade, como entre pessoas cujo relacionamento é

mais duradouro e significativo. Nos relacionamentos menos íntimos, há uma tendência a trocas de suportes instrumentais; já nos relacionamentos duradouros, onde a intimidade é maior, predomina a troca de suportes emocionais (ERBOLATO, 2006).

Uma pesquisa realizada por Johnson e Troll (1994, apud ERBOLATO, 2006, p.1330) confirma que “idosos motivados para fazer novas amizades, que possuem as habilidades sociais necessárias, mantêm sua rede social ativa, se as condições de saúde o permitirem”. Contanto, observando a importância dos relacionamentos sociais podemos dizer que manter os níveis de atividade social contribui para uma velhice bem-sucedida, a prevenção do estresse e um autoconceito positivo, pois as interações sociais podem substituir as perdas de papéis sociais, bem como auxiliar os idosos na adaptação a essas perdas e criação de novos papéis (CAMPOS, 2005).

## **SEXUALIDADE E MITO**

### **2.1 Sexualidade**

#### ***2.1.1 Definição da sexualidade***

A sexualidade é o modo como o indivíduo expressa o seu sexo. A sexualidade pode se manifestar através da fala, dos gestos, expressão corporal, vestimentas, do andar, dentre outras coisas que o indivíduo pode utilizar como formas de expressar sua sexualidade (RIBEIRO, 2007).

De acordo com a autora, o conceito de sexualidade tem sido confundido com o de relação sexual, assim sofrendo limitações quanto à sua verdadeira definição. A relação sexual consiste no ato sexual em si, juntamente com as particularidades envolvidas neste processo como troca de carícias, gestos, toques, olhares, etc. Desse modo, a relação sexual é apenas um dos componentes da sexualidade, sendo essa uma experiência subjetiva que apresenta fatores hormonais, sociais, culturais e emocionais na sua composição. Esses fatores podem influenciar o modo pelo qual a pessoa concebe a sexualidade.

A incidência de hormônios sexuais na circulação atua de forma significativa nas características primárias e secundárias do indivíduo. As mulheres possuem seios proeminentes, curvas bem delineadas, menstruam e comportam-se de forma mais feminina, por causa da alta taxa dos hormônios sexuais estrógeno e progesterona. Já o homem possui pêlos, pomo de adão, voz grossa e comporta-se de forma mais bruta devido à predominância do hormônio sexual masculino testosterona (RIBEIRO, 2007).

Outro fator que influencia na sexualidade é o social. O grupo social com o qual o indivíduo interage estabelece os papéis masculinos e femininos, e define regras a respeito deles, onde o homem deve desempenhar certas tarefas, enquanto as mulheres desempenham outras. Dependendo do momento histórico, esses papéis podem sofrer alterações. Um exemplo disso é o momento que estamos vivenciando. Com a inserção da mulher no mercado de trabalho, está ocorrendo uma inversão de papéis, no qual há um aumento do número de mulheres que têm uma jornada dupla de trabalho, enquanto há um número cada vez maior de homens que ficam em casa cuidando dos filhos e exercendo tarefas domésticas.



O fator cultural também é muito importante, tendo em vista que, cada cultura tem um entendimento específico acerca do tema sexualidade, conseqüentemente, a cultura acaba exercendo influência sobre os comportamentos sexuais dos seus habitantes (RIBEIRO, 2007)

A história de vida também atua sobre a concepção de sexualidade. Experiências individuais com a sexualidade, bem como o relacionamento com os pais vão auxiliar na formação da identidade sexual de cada indivíduo (RIBEIRO, 2007). De acordo com Malizia (1982, apud RIBEIRO, 2007, p. 280): “Na vida de cada ser humano nada é mais pessoal e característico do que o modo de vivenciar e entender a própria sexualidade. A maneira como vivemos nossa sexualidade é a expressão de nossa maneira de ser”.

O processo de envelhecimento envolve várias transformações relacionadas ao âmbito da sexualidade; dentre elas salientamos as vivências da afetividade e da intimidade, que encontram-se interligadas.

### ***2.1.2 Afetividade e intimidade***

“Os relacionamentos nos oferecem as maiores oportunidades de aprender lições na vida, de descobrir quem somos, o que tememos, de onde vêm o nosso poder e o significado do verdadeiro amor” (KUBLER – ROSS e KESSLER, p.37, 2004, apud MONTEIRO, 2006, p. 1299).

Atualmente, estamos vivenciando um momento no qual há a separação entre a esfera cognitiva e a esfera afetiva. O desenvolvimento tecnológico e científico vem privilegiando o lado cognitivo deixando de lado as emoções, o afeto e os instintos. No entanto, Monteiro (2006) explica que devemos reaver o lado afetivo, tendo em vista que construímos o nosso mundo baseado nas relações afetivas; com isso, o afeto e as relações afetivas são o suporte da vida.

A palavra afeto tem sua origem etimológica no verbo latino *afficere*, que significa ser afetado, comover-se, ter disposição da alma. Afeto envolve tanto o amor como o ódio. O afeto seria tudo aquilo que nos faz transitar entre a entrega e o espanto. A afetividade encontra-se inteiramente ligada a alma, as emoções, ao coração e a psique. Ela organiza todas as nossas ações e torna possíveis as nossas identificações (MONTEIRO, 2006).

A afetividade, por sua vez, é essencial na construção da intimidade. A intimidade é uma realidade vital para nós. Corresponde ao poder de o indivíduo se revelar do jeito que é, e

ser aceito sem críticas nem preconceitos. A intimidade tem início com o convívio consigo mesmo, com seu próprio corpo, com suas próprias sensações, suas necessidades, vontades, idéias e fraquezas, para depois estender-se ao outro. Dizer que uma pessoa é íntima de outra pessoa, significa que ela está em contato direto tanto com a sua realidade como a do outro, sem envolver nenhum tipo de julgamento (MONTEIRO, 2006).

Intimidade envolve confiabilidade, ou seja, poder acreditar no outro, entregar-se ao outro, sentir que há uma base para ser e seguir sendo o que se é. Segundo Monteiro (2006, p. 1298):

Os caminhos das relações afetivas, da intimidade e da sexualidade são labirínticos. Nele temos que aprender a vivenciar o paradoxo da incompletude e da inteireza, a baixar nossas defesas, a expor nossa fragilidade, a abrir o coração diante do outro, e para isso acontecer é necessário haver o encontro das fragilidades.

Ao fazer uma comparação com a geração atual de jovens e a geração atual de idosos, a autora observa que foram encontradas inúmeras discrepâncias entre eles. A geração atual de jovens não tem como foco o casamento, pois não estabelecem uma conexão entre casamento com o amor e sexo. Os jovens privilegiam relações as quais possibilitam a satisfação pessoal e a expressão de sua identidade. Quanto aos idosos, há uma valorização do casamento, sendo que alguns chegaram a ser estabelecidos pelos familiares, fato este que resulta em uma desigualdade de relações entre homem e mulher, onde o homem assume uma postura ativa e a mulher adota uma postura passiva, abdicando sua realização pessoal e até profissional em nome das realizações do marido e filhos. Com isso, as mulheres idosas tornaram-se figuras cuidadoras e dependentes do marido e dos filhos, comprometendo, desse modo, sua auto-estima e identidade. Em decorrência desses fatores, a velhice corre o risco de não ter um sentido individual, o que tende a intensificar-se com a saída dos filhos da casa.

Sendo assim, Chopra (1996, apud MONTEIRO, 2006, p. 1299) enfatiza a importância de vivenciar o amor e a sexualidade, pois os desejos tanto de natureza sexual quanto amorosa tendem a permanecer ao longo da vida, e precisam ser vividos. Como diz Monteiro (2006, p.1296): “Amor não é apenas um desejo, uma preferência, um anelo; é um todo, uno e indivisível, que se impõe ao indivíduo em sua amplitude de possibilidades”.

## **2.2 Sexo e envelhecimento**

O ato sexual é um processo de grande complexidade, envolvendo não somente o corpo, mas também a mente e as emoções. A fisiologia do sexo é composta pelo sistema nervoso, pelo sistema endócrino e pelos órgãos sexuais. O ato sexual em si divide-se em quatro estágios: fase de excitação; fase platô; fase orgásmica e fase de resolução (BUTLER & LEWIS, 1976).

Com o envelhecimento, ocorrem mudanças significativas na fisiologia sexual, intensificando-se com a chegada do climatério masculino e feminino, que causará uma queda na produção dos hormônios sexuais – testosterona no homem e estrógeno na mulher – resultando em alterações específicas no corpo do homem e da mulher (BUTLER & LEWIS, 1976).

### ***2.2.1 Os efeitos do envelhecimento na sexualidade do homem***

#### ***2.2.1.1 Climatério masculino***

Descrita pela primeira vez em 1939, o climatério masculino manifesta-se no homem de forma sutil e paulatina, tendo início por volta dos 50 anos. Isso é fisiologicamente normal. Após os 40 anos, a taxa de testosterona começa a diminuir gradativamente, cerca de 1% ao ano, entretanto, quando essa queda é mais acentuada, o fenômeno leva o nome de Climatério Masculino e alguns homens podem apresentar problemas ([www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br)).

O climatério masculino corresponde à versão masculina da menopausa na mulher e, neste período do envelhecimento, o homem é marcado por mudanças fisiológicas e psicológicas. No entanto, por maior que seja a queda da testosterona no homem, ela não se compara à queda dos hormônios femininos na menopausa. No homem, os sintomas se instalam lenta e progressivamente, diferentemente da menopausa na mulher (RIBEIRO, 2007).

A redução da taxa de testosterona pode levar ao surgimento de sintomas semelhantes àqueles da menopausa feminina: ondas de calor, irritabilidade, instabilidade, apatia, fraqueza,

cansaço, dificuldade de concentração, oscilações da pressão arterial, aumento do tecido adiposo, diminuição da libido, impotência, diminuição da massa muscular e do volume testicular, insônia, etc. Apesar de haver uma diminuição da produção de espermatozóides, tanto em termos de quantidade como de qualidade, ela permanece por toda a vida do homem (RIBEIRO, 2007).

Além das alterações fisiológicas causadas pelo climatério masculino, podemos constatar a existência de alterações comportamentais, como a redução da agressividade, a sexualidade mais abrangente, o aumento da sensibilidade e os homens passam a valorizar mais o aconchego e o carinho do que do que era de seu costume fazer (RIBEIRO, 2007).

Como esses sintomas não são específicos do climatério masculino, para que haja comprovação deste quadro, deve ser diagnosticado um nível de testosterona abaixo do normal, para que depois seja realizado o tratamento com a terapia de reposição hormonal adequada (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997).

#### *2.2.1.2 Alterações na resposta sexual masculina*

Um dos sinais mais nítidos de envelhecimento é a lentidão das respostas eréteis, o que causa muita frustração nos homens, tendo em vista que eles costumam associar a rapidez na ereção com maior excitação e envolvimento para o sexo (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997).

Outra mudança relacionada às ereções é a diminuição da rigidez do pênis. Quando os homens atingem os 60, 70 anos, a ereção não é mais tão firme como era na sua juventude. Na verdade, o processo continua o mesmo: o pênis enche-se de sangue, o que aumenta o seu tamanho e torna-o mais rígido e as ereções são semelhantes àquelas de antigamente. O que ocorre é que as ereções não são mais tão firmes, grandes e eretas, que nem as de tempos passados (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997). É importante salientar um aspecto levantado por Butler & Lewis (1976, p.26) no qual afirmam:

Há variações na frequência das ereções e na duração em que ela é mantida. Estas diferenças individuais frequentemente persistem durante anos, definindo padrões pessoais exclusivos. Portanto, a condição sexual presente de um homem deve ser comparada em termos de sua história presente e passada e não em relação a algum padrão generalizado.

Além dessas mudanças ocorridas na ereção também há a diminuição da sensibilidade tátil no pênis em ereção. No entanto, essa alteração pode ser encarada de forma positiva, já que a diminuição da sensibilidade tátil faz com que o homem tenha mais facilidade em segurar a ejaculação, assim prolongando o ato sexual, o seu prazer e o prazer de sua parceira (MASTERS, JOHNSON & KOLONY, 1997).

A redução da taxa de testosterona produzida também afeta a ejaculação. A quantidade de fluido ejaculatório diminui, bem como a produção de sêmen, as contrações rítmicas e a intensidade da ejaculação. O orgasmo é sentido pelos homens de forma diferente, pois as contrações são menos intensas e a quantidade de fluido ejaculatório é menor, conseqüentemente, o sêmen é lançado a uma distância menor, o que faz os homens pensarem que o orgasmo foi menos intenso (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997).

Não são todos os homens que sentem-se angustiados ao enfrentar as alterações causadas pelo envelhecimento. Muitos homens sentem-se satisfeitos ao ter a frequência da ejaculação reduzida e o aumento do período refratário (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997).

As alterações ocorridas nas respostas sexuais masculina não são fonte de constrangimento e angústia apenas para os homens. Suas parceiras também estranham essas mudanças, chegando a acreditar que seus parceiros não estão excitados ou interessados no sexo; que seus parceiros não as acham mais atraentes e excitantes ou que elas não estão estimulando-os suficientemente. Desse modo, essas modificações fisiológicas podem diminuir o interesse sexual das mulheres (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997).

## ***2.2.2 Os efeitos do envelhecimento na sexualidade da mulher***

### ***2.2.2.1 Climatério e menopausa***

A partir dos 40-45 anos, os corpos das mulheres começam a sofrer novas modificações. Dois fenômenos marcam a chegada da maturidade – o climatério e a menopausa.

O climatério é o período que tem início no momento em que a menstruação se torna irregular e estende-se até a pós-menopausa, marcando o período de transição entre a vida

reprodutiva das mulheres e o fim de sua fertilidade. O climatério envolve três fases: pré-menopausa, a menopausa e a pós-menopausa. A pré-menopausa consiste no período de instabilidade no ciclo menstrual e decréscimo nas taxas hormonais. Essas alterações geralmente vêm acompanhadas de fogachos, sudorese, episódios de taquicardia e de variação da pressão arterial, insônia, irritabilidade e nervosismo. O segundo estágio é a menopausa e corresponde à suspensão da menstruação, seguida da pós-menopausa, quando o corpo começa a entrar em processo de homeostase. Nessa fase a mulher ainda pode sentir alguns dos sintomas da pré-menopausa, sendo que alguns podem permanecer (CAMPOS, 2006).

O modo como a mulher vivencia essa fase influenciará a frequência e intensidade dos sintomas referidos. A pós-menopausa deve ser encarada como uma fase em que a mulher continua a ser mulher. Algumas mulheres conseguem ter uma vida sexual ativa nessa fase, o que lhes proporciona uma menopausa mais tranqüila e a manutenção de suas características femininas por mais tempo, atenuando os efeitos da pós-menopausa (RIBEIRO, 2007).

Geralmente, quando as mulheres atingem a fase do climatério, costumam sentir-se mais vulneráveis devido ao impacto sofrido pelas mudanças ocorridas nesta fase, não só físicas como psicológicas e sociais. A saída dos filhos de casa, a aposentadoria, as mudanças corporais, a extinção da capacidade reprodutiva, e as crenças errôneas acerca do envelhecimento que associam esta etapa da vida à perda da produtividade, beleza, inteligência e valor como mulher, as tornam mais suscetíveis ao surgimento de patologias como, por exemplo, a depressão (CAMPOS, 2006). Logo, tendo em vista as mudanças ocorridas, devemos considerar o climatério e a menopausa como um evento de ordem biopsicossocial (RIBEIRO, 2007).

#### *2.2.2.2 Mudanças pós-menopausa*

Após a menopausa, grande parte das mulheres mais velhas tende a apresentar sinais advindos da redução dos níveis de estrogênio, o que pode afetar o seu funcionamento sexual (BUTLER & LEWIS, 1976)

Muitas mulheres reclamam da diminuição da lubrificação vaginal. A lubrificação começa a ficar mais lenta devido à perda do estrogênio necessário para a sua produção. A secura vaginal não interfere de todo no prazer sexual, no entanto, pode vir a causar dor e desconforto durante a relação (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997).

A secreção vaginal também sofre alterações. Normalmente as secreções vaginais têm um PH ácido, no intuito de proteger a vagina de bactérias, dentre outros. Com o passar dos anos, a acidez diminui, tornando a vagina mais suscetível a infecções e provocando coceira, ardor e corrimento. Este quadro é denominado vaginite estrógeno-deficiente e, se não for tratada de forma adequada, a infecção pode atingir a bexiga, tornando-se uma cistite (BUTLER & LEWIS, 1976).

A anatomia funcional da vagina também sofre alterações. Ocorre a involução das paredes vaginais, ou seja, elas perdem a aparência grossa, enrugada e tornam-se mais finas, menos elásticas, chegando a diminuir de tamanho; em alguns casos, elas ficam tão finas que parecem ter a finura de um papel de seda (MASTERS & JOHNSON, 1984).

O interior da vagina deixa de ter a cor púrpura-avermalhada e passa a ter uma cor mais pálida, devido a sua menor vascularidade. Em alguns casos, essa mudança é mais discreta; em outros, as paredes vaginais ficam tão finas que a vagina encolhe, ocorrendo uma atrofia vaginal. Às vezes as paredes vaginais tornam-se tão frágeis que chegam a sangrar, irritar ou infeccionar, assim havendo dor durante o ato sexual (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997).

Já o clitóris não parece sofrer mudanças com o envelhecimento. A sensibilidade não é alterada e o clitóris continua a aumentar de tamanho com a excitação sexual, apesar desse aumento, com frequência, não ser facilmente visível (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997).

Outro ponto importante diz respeito às contrações uterinas. Conforme a mulher vai envelhecendo e os níveis de estrógeno vão caindo, as contrações uterinas que ocorrem juntamente com o orgasmo tornam-se constantemente dolorosas e desconfortáveis, tanto que, algumas mulheres após chegarem aos 60 anos chegam a evitar relações sexuais (MASTERS & JOHNSON, 1981).

A capacidade da mulher de atingir o orgasmo não é diminuída pelo envelhecimento, contanto que não haja outro problema de saúde para afetar o quadro. De fato, muitas mulheres relatam atingir mais facilmente o orgasmo na pós-menopausa do que antes, embora esse efeito possa estar mais relacionado com componentes psicossociais de resposta sexual - por exemplo, ausência de preocupação com a gravidez - do que com fatores biológicos. Um estudo realizado por Masters & Johnson (1984), descobriu que a frequência do orgasmo nas mulheres sexualmente ativas tendia a aumentar a cada década de vida até os 80 anos. Os autores enfatizam que, independente das mudanças ocorridas na fisiologia sexual, a mulher é

totalmente capaz de atingir o orgasmo, em especial se ela estiver exposta à regularidade de estimulação sexual (MASTERS & JOHNSON, 1984).

Não foi comprovado que o envelhecimento exerce efeito sobre o interesse sexual feminino. O mais provável é que a libido dependa mais dos níveis de andrógeno do que de estrógeno (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997). Segundo Ribeiro (2007, p. 281):

Os ovários, na pós-menopausa, vão aos poucos parando de produzir estrogênio, mas continuam a produzir androgênios (testosterona, principalmente), que passam a ter maior expressão na mulher, aumentando sua agressividade e sua objetividade. É esse hormônio que torna o homem mais alerta e o faz ir em busca de [...]. Com sua ação mais evidente, a mulher deixa de ter uma atitude passiva e torna-se mais ativa, inclusive sexualmente.

É importante destacar que, independentemente das mudanças fisiológicas que aconteçam no envelhecimento, estas não interferem no desejo sexual e a frequência pode permanecer inalterada. Masters, Johnson & Kolodny (1997) enfatizam que os casais que mantiveram uma vida sexual ativa na juventude e que achavam que o sexo era satisfatório, apresentam uma tendência de manterem suas vidas sexuais ativas quando chegarem à velhice. Os autores observam que pessoas que acham o sexo uma atividade desagradável, desinteressante e obrigatória na juventude, ou tinham uma noção de sexo como uma atividade designada apenas para a procriação, tendem a absterem-se de relações sexuais na velhice (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997).

Baseado nas modificações ocorridas nas mulheres no período pós-menopausa é recomendado para atenuar os efeitos causados pela deficiência do estrógeno a utilização da ERT (Terapia de Reposição de Estrógeno). Dentre os benefícios resultantes dessa prática podemos citar: preservação da integridade dos tecidos vaginais, assim evitando a atrofia da vagina; promove o aumento da lubrificação vaginal; reduz o risco de a mulher desenvolver osteoporose; oferece proteção contra doenças cardíacas, o que gera um aumento da sobrevivência em longo prazo; controle das ondas de calor e outros sintomas vasomotores característicos da pós-menopausa; ajuda a preservar a textura e elasticidade da pele, e aumenta a sensação de bem-estar geral, o que contribui para melhores respostas sexuais (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997).



## **2.3 Fatores que interferem na vida sexual dos idosos**

O processo de envelhecimento, como foi visto no capítulo anterior, é marcado por uma série de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. Desse modo, a sexualidade do idoso possui caráter multidimensional, assim sofrendo interferência de fatores tanto de ordem fisiológica – disfunções sexuais - e os fatores psicossociológicos.

Cavalcanti & Cavalcanti (1997) ressaltam que esses fatores interferem no relacionamento conjugal, entretanto, o casal pode contornar esses problemas através de um diálogo aberto que promova esclarecimento. A sinceridade e a aceitação das necessidades e limitações do parceiro também são elementos essenciais para que haja uma compreensão das dificuldades sexuais, de forma que eles possam utilizar as dificuldades a seu favor, para fortificar a intimidade e melhorar a qualidade do relacionamento tanto conjugal como sexual.

Outro elemento importante é o conhecimento da fisiologia da resposta sexual. É fundamental que os casais reconheçam as mudanças que estão ocorrendo no seu corpo como parte do processo de envelhecimento e não como um instrumento de avaliação do relacionamento ou do interesse sexual do seu parceiro (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 1997).

### **2.3.1 Disfunções sexuais**

#### *2.3.1.1 Mulher*

Com o envelhecimento, o nível de estrógeno diminui gerando inúmeras alterações na fisiologia da resposta sexual feminina, as quais podem agravar-se de forma a resultar em quadros disfuncionais como disúria e dispaurenia. No caso da dispaurenia, a mulher vem a sentir um desconforto durante ou após a relação sexual. A relação pode-se tornar extremamente incômoda e dolorosa durante a penetração. Já a disúria caracteriza-se por ardência na vagina, irritação ao urinar, dores pélvicas ou desconforto abdominal após a relação sexual. Os sintomas de dispaurenia e disúria podem continuar por 24 a 48 horas após a

conexão sexual. Algumas mulheres sentem-se tão desconfortáveis sob essas condições que chegam a evitar propositalmente a relação sexual (MASTERS & JOHNSON, 1981).

Outro problema que pode afetar as mulheres é o comprometimento do músculo pubococcígeo. Este músculo está inteiramente relacionado ao prazer nas relações sexuais, pois quanto mais este músculo for trabalhado, maior será o prazer obtido nas relações sexuais. Com o passar dos anos, há uma tendência desse músculo atrofiar e enfraquecer. A fraqueza desse músculo pode ser uma das responsáveis pelo declínio da lubrificação vaginal e pela dificuldade de atingir o orgasmo durante a relação sexual (RIBEIRO, 2007).

O músculo pubococcígeo também fica comprometido quando entra no estado de tensão, que pode ser de natureza situacional ou crônica. Um dos estados de tensão mais conhecidos é o vaginismo, contrações dolorosas do músculo pubococcígeo. O vaginismo não compromete os órgãos genitais e possui inúmeras causas como: dor física durante a relação sexual, ansiedade, culpa e imaturidade (RIBEIRO, 2007).

Além dessas disfunções, existe também a disfunção orgástica que consiste na dificuldade em alcançar o orgasmo na masturbação ou no ato sexual. Este distúrbio é erroneamente confundido com o quadro de frigidez, tendo em vista que as mulheres são capazes de alcançarem orgasmos vaginais ou clitorianos; desse modo, a disfunção orgástica corresponde a uma disfunção do desejo (RIBEIRO, 2007).

Dentre a disfunção orgástica podemos encontrar uma de suas derivações, a disfunção orgástica parcial. Esta disfunção compreende as dificuldades em atingir o orgasmo durante a relação sexual. A disfunção orgástica parcial pode ser primária ou secundária. Na primária a mulher nunca teve um orgasmo nas relações sexuais; já na secundária, a mulher deixou de ter orgasmos (RIBEIRO, 2007).

As causas da disfunção orgástica parcial podem ser de ordem psicológica, orgânica e mista. Nas causas psicológicas podemos encontrar: traumas na infância ou na primeira relação, complexo de inferioridade, inibição, conflitos psicológicos, culpa, medo de doenças, baixa auto-estima, etc. As causas orgânicas podem ser: doenças hormonais, neurológicas, vasculares pélvicas, dor na relação, doenças degenerativas, doenças renais crônicas e doenças vasculares obstrutivas (RIBEIRO, 2007).

### 2.3.1.2 Homem

No homem, as disfunções sexuais mais freqüentes são: disfunção erétil e os distúrbios da ejaculação.

A disfunção erétil consiste na incapacidade de se obter a rigidez necessária à penetração. O fato de não conseguir ter uma ereção total é alvo de vários pensamentos depreciativos por parte do homem. Por não ter obtido êxito em um episódio sexual, o homem começa a se achar fraco e incapaz e acaba entrando num círculo vicioso, movido pela ansiedade, do qual não consegue sair. Com isso, seus episódios sexuais tornam-se frustrantes devido à auto-cobrança que esse indivíduo faz a respeito de seu desempenho sexual. A auto-cobrança somado ao sentimento de incapacidade e o medo de rejeição, provoca uma dificuldade de envolvimento desse sujeito com sua parceira, o que agrava ainda mais o seu quadro (RIBEIRO, 2007).

A impotência pode ser de ordem primária - o indivíduo nunca teve uma ereção - ou secundária - o indivíduo apresenta dificuldades em ter uma ereção. A impotência pode ser desencadeada pelas seguintes afecções: *diabetes mellitus*, depressão, hipertensão arterial, hepatopatias, distúrbios cardiocirculatórios, respiratórios e neurológicos, traumas, cirurgias radicais, esclerose múltipla, doença de Peyronie. Pode também resultar devido ao uso de medicamentos - basbitúricos, tranqüilizantes, sedativos, digitálicos, anti hipertensivos, cimetidina, anoréxicos, etc. - bem como pode ser desencadeada pelo consumo excessivo de álcool, fumo e situações de estresse (RIBEIRO, 2007).

Vale a pena ressaltar que a capacidade erétil pode ser reconstituída, se o idoso voltar a ter um relacionamento sexual ativo com uma parceira que seja sexualmente agradável, interessada e disponível (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 1997).

Com relação aos distúrbios de ejaculação, podemos citar: ejaculação precoce, ejaculação dolorosa e ejaculação retrógrada.

A ejaculação precoce não é um problema comum nos idosos, pois, com o envelhecimento a tendência é de acontecer justamente o oposto: devido à diminuição da sensibilidade tátil do pênis, o homem pode ter mais controle sobre a ejaculação, podendo segurá-la por mais tempo para alcançar o orgasmo juntamente com sua parceira. No entanto, em casos de ejaculação precoce em idosos, deduz-se que o problema não seja atual, mas sim de anos atrás. A ejaculação precoce não possui causas orgânicas específicas; esta disfunção encontra-se mais relacionada com fatores psicológicos do que orgânicos (RIBEIRO, 2007).

### ***2.3.2 Alterações psicossociológicas***

Segundo Ribeiro (2007), existe uma diferença quanto às dificuldades sexuais da mulher idosa e do homem idoso. Para o autor, as dificuldades da mulher idosa giram em torno das questões morais enquanto que, para o homem idoso sua maior preocupação encontra-se voltada para a sua capacidade de ereção.

Para as mulheres, o climatério marca uma fase que modifica a sua relação com a sociedade. A sociedade brasileira possui uma cultura repleta de crenças e valores que enaltecem a juventude em detrimento da velhice. A mulher, ao perceber os sinais do envelhecimento fica angustiada, pois sabe que está perdendo a juventude e a capacidade reprodutiva. Como diz Debert (1994, citado em CAMPOS, 2006, p.17): “as mulheres ao envelhecer experimentam uma situação de dupla vulnerabilidade e de difícil solução, com o peso somado de dois tipos de discriminação: ser mulher e ser idosa”. Percebe-se atualmente uma desvalorização do corpo feminino em processo de envelhecimento, o que pode prejudicar a vivência dessa fase pelas mulheres (CAMPOS, 2006).

Existem mulheres que contornam todos esses estereótipos, aceitando e apreciando suas novas formas; em contrapartida, existem mulheres que não conseguem superar as perdas decorrentes desta fase, deixando de aproveitar os benefícios desta etapa da vida em prol de uma busca incessante de recursos para revitalizar suas formas ou até mesmo, o que é mais preocupante, as comparações obsessivas com mulheres mais jovens, assim depreciando-se e punindo-se por não terem mais os contornos juvenis (FRAIMAN, 1994).

Juntamente à valorização da juventude, há a idéia de que a menopausa implica no término da vida sexual da mulher, uma vez que com a menopausa vem à perda da capacidade reprodutiva, logo a mulher ao atingir a fase pós-menopausa não teria mais motivos para fazer sexo (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 1997).

Essas crenças errôneas geram estereótipos negativos relacionados à velhice, os quais influenciam a percepção das mulheres que estão chegando nesta fase, fazendo-as pensarem que não são atraentes e interessantes e evitarem contatos sexuais com seus parceiros, assim optando pela abstinência sexual ou pela prática masturbatória (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 1997).

No entanto, vale a pena ressaltar a importância que Hurd (1999) atribui à velhice como uma fase de transformação. O autor faz sua contribuição afirmando que, ao rejeitar os estereótipos negativos relacionados ao envelhecimento, as pessoas sentem-se livres para estabelecerem novas metas e objetivos, bem como podem levantar novas expectativas e valores para a sua vida (CAMPOS, 2006, p.25).

Existem mulheres que, ao entrarem na menopausa, sentem-se mais a vontade para terem relações sexuais, pois, com a chegada da menopausa, a possibilidade de uma gravidez indesejada é nula (BUTLER & LEWIS, 1976).

Uma descoberta interessante foi a constatação de que, as mulheres na fase do climatério que estão fazendo terapia de reposição de estrogênio, mantêm o desejo sexual (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY). Isso é de importância extrema para as mulheres que estão atravessando essa fase, tanto no sentido de promover uma melhora na qualidade de vida como para comprovar que a prática sexual não é restrita apenas aos jovens. Helen Kaplan (1974, p.111. apud HITE, 1987, p. 385) confirma essa teoria acerca da menopausa (e até mesmo da histerectomia) ao explicar que:

enquanto algumas mulheres falam de diminuição no desejo sexual, muitas outras sentem na verdade um crescimento do apetite erótico durante o período da menopausa. Mais uma vez o destino da libido depende de uma constelação de fatores ocorrendo nesse período, inclusive mudanças psicológicas, oportunidade sexual e diminuição da inibição. De um ponto de vista fisiológico, teoricamente a libido deveria crescer na menopausa devido à ação do andrógeno da mulher, que não é afetado materialmente pela menopausa [...] Na verdade, algumas mulheres parecem proceder assim, especialmente se não são deprimidas e podem encontrar companhias interessadas e interessantes.

É necessário, porém, lembrar que, além dos fatores biológicos, o desejo sexual é influenciado pelas condições psicológicas e socioculturais, sendo um deles a disponibilidade de parceiro interessado (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 1997). Desse modo, o maior ou menor interesse na atividade sexual da mulher na terceira idade depende do fato de ter ou não um parceiro sexual (RIBEIRO, 2007).

As mulheres são as mais afetadas pela questão da disponibilidade de parceiro, pois as mulheres casadas tendem a uma expectativa de vida maior do que seus parceiros e, com relação às viúvas acima de 70 anos, existem poucos homens da mesma faixa etária que estão disponíveis (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997).

Masters, Johnson & Kolodny (1997) fazem uma correlação entre mulheres que estão sozinhas há muito tempo e o desinteresse sexual. Eles afirmam que o desinteresse sexual é uma forma que as mulheres têm de lidar com a falta de um parceiro. Elas acreditam que

difícilmente conseguirão ter um parceiro e, conseqüentemente, relações sexuais. Por isso, as mulheres desinteressam-se pelo sexo; para evitar frustração.

Por conseguinte, existem mulheres sem parceiros que mantêm a esperança e fazem o possível para formar relacionamentos que lhes oferecerão a companhia masculina desejada (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997).

Vale mencionar que, apesar da presença do parceiro, a vida sexual das mulheres pode ser inibida ou reprimida por eles. Muitos homens, por perderem o interesse por suas parceiras, ou por serem portadores de disfunções ou adeptos de crendices, negam à mulher o direito de viver um relacionamento sexual saudável e satisfatório. Algumas se abstêm de relações sexuais, enquanto outras apelam para a masturbação como uma atitude sexual alternativa (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 1997). Masters, Johnson & Kolodny (1997) ressaltam que a masturbação, apesar de ser um assunto que provoque desconforto em algumas pessoas, é uma prática absolutamente normal, sobretudo entre os idosos. A masturbação é uma forma agradável de obter prazer, principalmente por idosos sem parceiros. No entanto, como foi dito anteriormente, a masturbação também é um recurso utilizado por muitos idosos casados, juntamente com o parceiro ou individualmente.

Quanto aos homens, Masters & Johnson (1981) levantaram seis fatores que contribuem na involução psicosssexual do homem idoso, que são:

- Monotonia da relação sexual: a monotonia da relação sexual é a causa mais freqüente da perda de interesse do homem idoso pelo contato sexual com sua parceira. Esta habituação pode ser proveniente de uma vida sexual que se manteve dentro de uma rotina, sem criatividade nem inovação. A parceira habitual, especialmente quando há muita familiaridade, pode perder seu efeito estimulador sobre o homem idoso, fazendo-o voltar-se para uma mulher mais jovem que, embora possa não ser uma companheira ideal, nem sexualmente tão efetiva, a falta de familiaridade com a nova parceira cria uma ilusão de uma figura mais excitante (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 1997).

Outra causa da monotonia é a demonstração de desinteresse sexual por parte da parceira habitual. De acordo com Cavalcanti & Cavalcanti (1997, p. 441): “O fato é que qualquer perda de interesse na atratividade pessoal, somada à rapidez da desintegração física da parceira, pode levar à rejeição”.

- Preocupação do homem com a busca do dinheiro: o homem quando atinge a faixa etária de 40 – 60 anos está no pico das suas ocupações, centrado na busca dos seus interesses profissionais e estabilidade econômica. O estabelecimento de prioridades voltadas para a área profissional pode interferir no relacionamento conjugal e sexual. Masters & Johnson (1981)

ênfatisam que é importante que haja comunicação entre o casal para ter uma vida conjugal mais tranqüila e um relacionamento sexual prazeroso e satisfatório para ambas as partes.

- Fadiga: a fadiga mental e física que vai se alojando depois da meia-idade é um dos fatores que interferem na diminuição da tensão sexual. Com o envelhecimento, a fadiga mental costuma ser mais desgastante do que a física. Problemas relacionados ao trabalho, as questões financeiras, assim como problema pessoal e familiar, demandam uma quantidade significativa de energia mental, o que se reflete no âmbito sexual, diminuindo a responsividade sexual.

- Comer e beber de forma excessiva: são variáveis que podem enfraquecer as necessidades sexuais do homem idoso, principalmente, no que diz respeito à ingestão moderada de álcool (MASTERS & JOHNSON, 1981).

- Enfermidades: qualquer incapacidade aguda ou crônica, de caráter físico ou mental, pode diminuir a responsividade sexual do homem idoso (MASTERS & JOHNSON, 1981).

- Temor de Desempenho: temendo a impotência, o homem evita o ato sexual e, por desconhecer a fisiologia da resposta sexual na velhice, começa a temer por sua potência, ao invés de tentar compreender e aceitar as alterações do processo da involução normal. Não sabem que, antecipar o processo significa provocá-lo, ou seja, o medo da impotência pode causar impotência (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 1997).

Outro fator que vem causando preocupação em homens e mulheres idosos, atualmente, corresponde ao aumento da incidência de casos de idosos com DST's, principalmente a AIDS. Vieira (2004) afirma que houve um aumento vertiginoso no número de idosos acometidos pela AIDS. Constatou-se que, de 1991 até 2001, dentre os homens, o aumento foi de 98%, sendo que, nas mulheres, houve um aumento de 567%. Supõe-se que o aumento das vendas de medicamentos contra a impotência sexual, somado à resistência ao uso da camisinha, e a despreocupação das mulheres idosas em solicitar o uso da camisinha pelo seu parceiro devido à impossibilidade de gravidez, sejam as principais causas da elevação da incidência da AIDS nos idosos.

## 2.4 Mito da velhice assexuada

Envelhecer não significa tornar-se assexuado. Infelizmente essa não é a concepção que a sociedade possui sobre o envelhecimento. Em nossa cultura podemos observar a persistência de diversos mitos relacionados à velhice refletidos nas piadas com conteúdos subjacentes à impotência no homem idoso e à falta de beleza das mulheres idosas, além das ridicularizações e dos termos pejorativos depreciativos como “tarado”, “depravado”, ou “assanhada” (GRADIM; SOUSA & LOBO, 2007).

Na nossa sociedade, a manifestação de comportamentos sexuais pelos idosos não é vista de forma positiva, tendo em vista que, com a valorização da juventude, os idosos acabam sendo desqualificados; logo, o que em um jovem é considerado sensual, nos idosos é classificado como devassidão, já que os idosos que expressam sua sexualidade não se enquadram nos padrões estabelecidos pela sociedade, já que para ela, os idosos não possuem desejo sexual. Desse modo, a sociedade associa a sexualidade apenas à figura do jovem, pela juventude representar uma fase marcada pelas descobertas sexuais e a disposição física, assim chegando a desconsiderar o idoso como um ser humano, portador de necessidades, sobretudo, necessidades sexuais (BUTLER & LEWIS, 1976).

Butler & Lewis (1976) acreditam que essas atitudes preconceituosas, chamadas de “velhismo” reproduzem o medo da velhice e finitude. Beauvoir (1990) complementa a afirmação dos autores ao afirmar que a figura do velho impotente reproduz no homem adulto o antigo medo da castração, medo este que significa uma ameaça iminente a sua virilidade. Logo, a maneira encontrada de lidar com toda essa ansiedade incitada pelo medo da castração, de chegar à velhice e não conseguir satisfazer-se sexualmente é por intermédio das piadas, nas quais ele mascara todo esse medo e convence-se de que ele nunca será um “velho impotente”.

A origem do mito da velhice assexuada não remonta a uma época específica, porém foram encontrados registros de depreciação da velhice provenientes da Idade Média. Beauvoir, em seu livro “A Velhice” (1990), denuncia o desrespeito à figura do idoso, principalmente às mulheres idosas, durante a Idade Média. A autora cita uma estrofe de um poema escrito para uma mulher idosa, cujos versos abaixo descrevem o sentimento de desprezo e repugnância pela velhice:

Respirante múmia  
De quem se descobre a anatomia  
Através de um couro transparente.  
Retrato vivo da morte, retrato morto da vida  
Carça sem cores, despojo do túmulo  
Esqueleto exumado, por um corvo agredido [...]



No entanto, Butler & Lewis (1976) afirmam que o mito da velhice assexuada tem uma origem supostamente recente, advinda do final do século passado. Nessa época, a expectativa de vida estimava-se em torno de 47 anos, conseqüentemente, pouquíssimas pessoas conseguiam ir além disso; quando conseguiam, raramente gozavam de boa saúde que lhes possibilitasse levar uma vida sexual saudável e ativa. Atualmente, a expectativa é maior, em torno de 68 anos, porém, a escassez de informações sobre sexualidade na velhice impossibilita a aceitação da nova realidade, assim mantendo os rótulos negativos.

Acredita-se que o principal motivo para a permanência do mito da velhice assexuada relaciona-se à escassez de informações sobre o processo do envelhecimento e suas alterações fisiológicas e sexuais, o que pode, não só sustentar uma crença errônea, como, sobretudo, contaminar a mente do idoso, assim prejudicando a manutenção de uma vida sexual ativa (BALLONE, 2004). Alguns idosos podem experimentar sentimentos de culpa e vergonha ao sentirem desejo sexual, podendo chegar ao ponto de pensarem que são anormais porque sentem desejo sexual. Outros idosos se distanciam de seu corpo, esquecendo de suas vontades e desejos, tornando-se pessoas infelizes e insatisfeitas (LIMENTANI, 1995, apud BALLONE, 2004).

Assim, a questão do mito da velhice assexuada acaba transformando-se num círculo vicioso de maneira que, ao interiorizar o mito, o idoso passa a acreditar que sua capacidade de ter relações sexuais acabou e, se houver tentativas de concretizar o ato sexual, estas estariam fadadas ao fracasso. Em decorrência disso, suas motivações diminuem, assim fazendo com que os idosos comportem-se de acordo com as exigências sociais, fato este que fortalece ainda mais o mito na visão dos jovens e que, futuramente, quando eles chegarem à velhice, se o mito não for combatido, também serão afetados por ele (ALMEIDA e LOURENÇO, 2007).

Além da falta de informações, outro fator que deve ser mencionado é a educação rígida, tradicional e repressiva que a maioria dos idosos receberam em sua juventude. Fraiman (1994) explica que esse fator deve ser compreendido, porque existem muitos idosos que ainda mantêm e praticam esses valores, por mais que eles não sejam mais adequados ao estilo de vida atual. No início do século XX, as famílias tinham estrutura patriarcal, eram tradicionais, religiosas e de valores extremamente rígidos. As mulheres eram recatadas, vestiam-se de forma discreta e eram criadas para o casamento. Dificilmente havia uma oportunidade de contato com o sexo oposto, levando-se em consideração que a paquera restringia-se ao olhar e encontros casuais. O namoro só acontecia se houvesse a permissão do pai. O casal namorava em casa sob a supervisão da mãe da moça e sem nenhum direito à privacidade. O casamento,

na maioria das vezes era arranjado. Não se casava por amor, mas para adquirir prestígio, manter a linhagem ou aumentar o patrimônio familiar. As mulheres casavam-se para libertar-se do controle dos pais e cumprir o seu destino de tornar-se esposa e mãe. Seu dever era educar os filhos, servir o marido, cuidar das tarefas domésticas e ainda tinha suas obrigações conjugais, nas quais ela devia satisfazer sexualmente o seu esposo, caso contrário, ele teria todo o direito de arranjar uma amante. A moça deveria permanecer virgem até a consumação do casamento; se a moça tivesse relações sexuais antes do casamento, poderia arruinar a honra de sua família, especialmente do pai. A única forma de recuperar a honra era através do casamento.

Em uma sociedade que sofria forte influência do cristianismo, sexo era considerado um assunto proibido, pois a sua prática não tinha como função a obtenção de prazer, mas sim a reprodução. Com isso, as informações sobre o assunto eram restritas e a expressão da sexualidade era totalmente limitada, uma vez que a prática sexual sem o intuito de reprodução era pecaminosa. A moral cristã também é outro fator que nutre o mito da velhice assexuada, pois se o sexo deveria ser praticado apenas para reprodução, não teria motivos dele ser concretizado na velhice, já que a mulher na pós-menopausa não pode mais ter filhos, logo, fazer sexo na velhice é considerado pecado (VIEIRA, 1995). As mulheres idosas até hoje trazem vestígios da educação repressora. Criadas para serem esposas passivas e totalmente submissas ao marido, os papéis definidos para as mulheres eram o de esposa e o de mãe. Se a mulher não se enquadrasse em nenhum desses papéis, ela não seria uma mulher “decente”. Porém, apesar de haverem grandes transformações que ampliaram o papel da mulher e os conceitos voltados à área da sexualidade, algumas mulheres continuaram presas à educação recebida (RIBEIRO, 2007).

Não só as mulheres como muitos homens também cresceram acreditando que as mulheres não deveriam se interessar por sexo e muito menos sentir prazer nas relações sexuais; o sexo era tido como um dever e somente as prostitutas se entregavam aos prazeres da carne. No caso dos homens, o sexo era considerado algo baixo, sujo e desrespeitoso para com a mulher. Fraiman (1994) ressalta que: “Depois do ato sexual, o homem era tomado por escrúpulos. Sentia-se mal por usar a própria mulher. Dizia que a procurava apenas para se aliviar ou para “fazer a sua higiene” (p.41).

De fato, o efeito dessa educação reflete-se nos relacionamentos conjugais, onde há uma dificuldade de comunicação do casal sobre expressão das suas questões e necessidades sexuais (BUTLER & LEWIS, 1976). Desse modo, formaram-se relacionamentos deficientes, com baixo nível de comunicação e com a vida sexual prejudicada, sendo esta reduzida apenas

à concepção de filhos e obrigação conjugal. Outro fruto da educação repressora encontra-se nos vários casos de mulheres que gostam de seus parceiros e de terem relações sexuais com eles, porém não conseguem alcançar o orgasmo porque acham que não merecem ter esse prazer (FRAIMAN, 1994).

A Segunda Guerra Mundial foi um acontecimento que propiciou inúmeras transformações, inclusive no âmbito sexual. Devido à ausência do pai ou pela respostas positivas eliciadas nas moças, através da figura dos pracinhas, as moças tornaram-se mais ousadas, aumentando dessa forma a frequência das respostas sexuais e também a taxa de natalidade. Na mesma época da eclosão da Segunda Guerra, surgiu o cinema, o qual, juntamente com a literatura, o teatro e o rádio, ajudaram na mudança da configuração conjugal. O acesso aos filmes modificou as prioridades da mulher, no sentido em que características antes despercebidas como companheirismo, intimidade, amor, romance, passaram a ser alvo da atenção e desejo das mulheres. Conseqüentemente foi criado um novo modelo de relação conjugal, na qual o homem não apenas sustentava a casa, mas era companheiro, carinhoso, capaz de amar e conquistar sua esposa. Esses atributos inicialmente desconsiderados viraram condições para uma relação conjugal e sexual ser satisfatória.

A mulher, antes descontente com a possibilidade de ser apenas mãe e esposa submissa e dedicada, começa a pensar na possibilidade de satisfazer-se, ser amada e conquistada. O casamento e sexualidade mudam de ângulo e passam a ser vistos não mais como obrigações, mas como uma escolha. A chegada dos anos 60 e o advento da pílula anticoncepcional foram marcos que incentivaram a mudança no âmbito sexual; essa mudança ficou conhecida como revolução sexual. Com a eclosão da revolução sexual, as escolhas sexuais tornaram-se mais livres, pois o conceito de sexo desvinculou-se do casamento e procriação. Houve uma maior divulgação de informações sobre sexo, o que gerou uma expansão da acessibilidade aos conteúdos relacionados à sexualidade. Desse modo, as relações sexuais e o prazer sexual estavam ganhando cada vez mais importância na vida das pessoas, tanto entre os jovens quanto entre os casais que foram educados de forma tradicional e repressora (HITE, 1987; FRAIMAN, 1994).

Além do fator educação, a pressão dos filhos e netos constitui-se noutro fator que exerce influência na sexualidade dos idosos, principalmente nas mulheres. A viuvez ou separação são processos de difícil adaptação, especialmente quando se é idoso, sendo muito complicado continuar a vida na ausência do seu companheiro (a). Os filhos e netos não costumam ter uma visão de seus pais / avós tendo relações sexuais, o que pode causar certo incômodo quando seu pai/ mãe, avô/avó surge com um novo (a) parceiro (a). A não aceitação

da sexualidade dos pais deve-se, na maioria dos casos, a necessidade infantil de atribuir aos pais somente papéis parentais, negando a eles papéis de gênero que possibilitem uma melhor visão das necessidades deles de ter um relacionamento sexual (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 1997).

A falta de conhecimento sobre sexualidade no processo de envelhecimento agrava-se com o desinteresse dos profissionais da saúde em fazer questionamentos sobre aspectos ligados à sexualidade e à prática sexual de seus pacientes idosos. Para Ballone (2004), o desconhecimento de questões sexuais dos seus pacientes idosos deve-se a falta de manejo dos médicos e o constrangimento dos pacientes em tecer questionamentos sobre sexo. No entanto, se faz necessário que os profissionais estejam atentos às necessidades de seus pacientes na abordagem de alguns acontecimentos relacionados ao sexo, uma vez que o índice de doenças sexualmente transmissíveis está aumentando entre os idosos. Além disso, obter informações com o médico proporciona ao idoso uma série de conhecimentos sobre o envelhecimento e as alterações fisiológicas que ocorrem nessa fase. Isso faz com que ele se familiarize com as mudanças corporais e conscientize-se de que ainda é absolutamente capaz de gozar uma relação sexual prazerosa, saudável e satisfatória (GRADIM, SOUSA & LOBO, 2007).

Logo, é necessário que haja um esclarecimento sobre as informações errôneas difundidas em relação à sexualidade para que haja a diminuição das crenças e tabus sobre um assunto tão cheio de preconceitos. Nesse sentido, conclui-se que a educação tanto do idoso como da sociedade é essencial, pois só assim os jovens reconhecerão que o desejo sexual permanece o mesmo com a velhice e, se conscientizarão de que o idoso tem todo o direito de expressar a sua sexualidade, tendo em vista que é absolutamente saudável e normal levar uma vida sexual ativa na velhice, assim evitando o uso de piadas e termos pejorativos que depreciem a figura do idoso (PAPALIA & OLDS, 2000). Por fim, Butler & Lewis (1976, p.17) salientam a importância da educação e apoio ao idoso na seguinte afirmação:

As pessoas de mais idade que gostam de sexo devem ser encorajadas e apoiadas, assim como receber as informações necessárias e um tratamento adequado se surgir algum problema. A sexualidade, reação física e emocional ao estímulo sexual, está além do impulso e do ato sexual. Para muitas pessoas de mais idade, ela oferece a oportunidade não apenas de expressar paixão, mas afeto, estima e lealdade. Fornece provas alternativas de que se pode contar com o corpo e seu funcionamento. Permite que as pessoas se afirmem positivamente. Expressa a alegria de estar vivo. Oferece um constante desafio ao crescimento e mudanças para novas direções.

## **METODOLOGIA**

### **3.1 Problema**

O mito relacionado à velhice assexuada faz parte da realidade de um pequeno grupo de mulheres idosas?

### **3.2 Objetivo geral:**

- Refletir sobre o fenômeno da sexualidade na velhice, especialmente, a repercussão do mito da velhice assexuada em um pequeno grupo de mulheres idosas.

### **3.3 Objetivos específicos:**

- Descrever os aspectos do envelhecimento humano nas áreas física, psicológica, e social;
- Discutir sobre sexualidade e envelhecimento;
- Analisar e discorrer sobre a repercussão da sexualidade na velhice frente à sociedade contemporânea.

### **3.4 Justificativa**

A presente pesquisa visa estimular a valorização da figura do idoso como um ser humano digno, ativo e possuidor de necessidades sexuais, através da oferta de informações atualizadas sobre sexualidade na velhice visando uma conscientização da sociedade sobre o tema. Como a sexualidade envolve tanto o lado físico quanto o emocional, ela não deve ser restrita apenas aos jovens. Com isso, a pesquisa, além de possuir um cunho informativo para os idosos, também é destinada ao público jovem, com o objetivo de fazê-los refletir sobre essa parcela da população que merece todo o nosso respeito e admiração.

### **3.5 Sujeitos de pesquisa**

A amostra da pesquisa constitui-se de seis participantes do sexo feminino, sendo cinco pacientes do CENFOR e uma estagiária de Psicologia, dentre a faixa etária correspondente a 60 – 70 anos. Os critérios de seleção estipulados foram: autonomia, capacidade cognitiva preservada, locomoção e estar em processo terapêutico.

### **3.6 Materiais**

Foram utilizados os seguintes materiais: termo de consentimento; folha de rosto; autorização da coordenação do CENFOR para a utilização dos consultórios; uma entrevista semi-estruturada, composta de 10 perguntas, as quais abordaram os seguintes temas: modificações fisiológicas e sexuais ocorridas com o envelhecimento, satisfação sexual, a relação entre envelhecimento e a redução do desejo sexual, e o mito da velhice assexuada.

### **3.7 Estratégias de coleta de dados**

Inicialmente, o pesquisador teve uma conversa particular com cada participante, para certificar-se de que a pessoa realmente teria interesse em participar da entrevista.

Após isso, o pesquisador conduziu-o ao consultório, onde lhe foi apresentado o termo de consentimento, para informá-lo acerca dos objetivos da pesquisa, de que maneira a entrevista seria conduzida, os benefícios esperados, a questão do sigilo e o direito de não querer responder ou de interromper a entrevista no momento que ele achasse apropriado. O termo de consentimento foi entregue para que o mesmo fizesse a leitura deste; vale lembrar que, caso fosse analfabeto ou se ele preferisse que o pesquisador fizesse a leitura do termo de consentimento, o pesquisador estaria disponível para fazer a leitura deste, bem como para sanar todas as dúvidas manifestas. Em seguida, se o participante concordasse com as regras propostas pelo termo de consentimento, ele assinaria o termo antes de dar início à entrevista.

Após a assinatura do termo de consentimento, o pesquisador iniciava a entrevista. Foi aplicado um roteiro de entrevista em cada entrevistado individualmente, no intuito de diminuir a probabilidade de inibição ou incômodo por parte deles. O dia da semana e o horário da entrevista foram definidos pelos mesmos, no intuito de deixá-los o mais

confortável possível. As entrevistas tiveram duração de, no máximo, 30 minutos e foram realizadas nos consultórios do CENFOR, que são ambientes neutros, os quais facilitam o controle de variáveis como iluminação, barulho, dentre outras que pode interferir no processo, além de garantir a privacidade dos participantes.

### **3.8 Estratégias de análise dos dados**

No sentido de responder o questionamento relacionado ao mito da sexualidade na velhice, a metodologia da pesquisa baseou-se na revisão bibliográfica, através do estudo de artigos, livros, sites da Internet e dissertações voltadas para as teorias do envelhecimento e sexualidade na velhice; esse último tópico teve como principal embasamento teórico a literatura de Masters & Johnson.

Os resultados obtidos com as entrevistas foram analisados e interpretados através da técnica de Análise de Conteúdos. A Análise de Conteúdo consiste em um método empírico cujo objetivo é descobrir variáveis de cunho psicológico, sociológico, histórico, etc., baseado nas inferências construídas a partir dos indicadores levantados em um conjunto de mensagens específicas. Ou seja, o principal objetivo desse instrumento é a busca de outras realidades através das mensagens particulares. Como diz Bardin (2004), análise de conteúdo é:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p.37).

Com isso, a tarefa do pesquisador ao utilizar a análise de conteúdo como técnica de investigação é compreender o significado da comunicação bem como tentar achar outros significados para a mensagem analisada.

A Análise de Conteúdo é composta por três fases: pré-análise; exploração do material, e a inferência.

A pré-análise é a fase de organização dos conteúdos iniciais. Esta primeira fase constitui-se de três etapas: a escolha dos documentos; a formulação das hipóteses e objetivos, e a elaboração de indicadores. Antes que seja realizada a escolha dos documentos, é feita uma leitura flutuante, onde o pesquisador terá um contato prévio com os documentos a analisar. Em seguida, são escolhidos os documentos que serão estudados pelo pesquisador. Deve-se salientar que esses documentos devem obedecer a uma série de regras delimitadas para que

estes sejam validados para a análise. A próxima etapa é a formulação de hipóteses e objetivos. A hipótese corresponde a uma afirmação temporária que o pesquisador pretende verificar; já o objetivo consiste na finalidade da pesquisa. As hipóteses e objetivos formulados apresentam um caráter norteador, no sentido que o pesquisador direcionará o processo de análise, baseado nestes elementos. Por último, serão selecionados os índices e indicadores mais precisos e eficazes para a realização da análise. Antes de partir para a segunda fase da análise de conteúdo, é importante que seja feita a preparação do material (separação dos documentos que serão analisados, transcrição de entrevistas, edição dos textos, etc.) para que a fase de codificação possa ser executada e concluída com sucesso (Bardin, 2004).

A segunda fase da análise de conteúdo é a exploração do material, cujo processo implica na codificação. Na codificação: “os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (HOLSTI, 1969, apud BARDIN, 2004, p.97).

O processo de codificação, no caso de uma análise quantitativa, implica em três escolhas: o recorte; a enumeração, e a classificação e agregação. O recorte significa a escolha das unidades de registro (é a unidade que oferece a base para a codificação) e de contexto (unidade que atribui um significado à unidade de registro). As regras de enumeração vão organizar as unidades de registro escolhidas de acordo com o tipo delimitado (presença ou ausência; frequência; frequência ponderada; intensidade; direção; ordem e co-ocorrência). A categorização envolve a classificação de elementos que fazem parte de um conjunto, primeiramente diferenciando os elementos para depois reagrupá-los em categorias.

O processo de categorização tem como objetivo promover uma representação simplificada dos dados brutos, ou seja, efetuar a passagem dos dados brutos para dados organizados. A análise de conteúdo acredita que a categorização identifica índices antes desconhecidos ao nível dos dados brutos.

As categorias, para serem classificadas como categorias boas, devem apresentar as seguintes qualidades: exclusão mútua (é necessário que um elemento esteja classificado em apenas uma categoria); homogeneidade (a categoria deve ser organizada por um único princípio de classificação); pertinência (a categoria é pertinente quando o seu conteúdo converge com o material de análise); objetividade e fidelidade (as diversas partes de um mesmo material devem ser codificadas da mesma forma, não devem ser alvo de distorções), e produtividade (as categorias devem fornecer resultados ricos que possibilitem novas hipóteses e dados precisos) (Bardin, 2004).



A terceira e última etapa da análise de conteúdo é a inferência. A inferência se baseia por diversos pólos de análise, os quais se constituem dos elementos básicos da comunicação: emissor, receptor, mensagem e o canal. O emissor tem uma função representativa da comunicação, de modo que o estudo da mensagem pode apresentar várias informações sobre o emissor. O receptor pode ser um ou vários sujeitos, sendo que através do estudo da mensagem pode-se obter dados importantes sobre o receptor. A mensagem é o material da análise de conteúdo. Através da análise da mensagem é possível estudar o código e a significação. O código corresponde a um indicador que pode desvendar realidades ocultas. A significação, por sua vez, é outro material utilizado na análise de conteúdo, tendo em vista que, podem ser realizadas análises sobre as significações fornecidas pela mensagem (Bardin, 2004).

## **RESULTADOS**

De acordo com a análise realizada com os conteúdos das entrevistas, foram definidas as seguintes categorias:

a) Condições para uma relação sexual satisfatória:

- obtenção de prazer (3);
- amor (2);
- sentimentos relacionados ao casal: intimidade; compartilhamento das experiências sexuais; afinidade; companheirismo e respeito mútuo (4);
- sentimentos relacionados ao indivíduo: tranquilidade; paz interior (1).

b) Fatores que interferem na resposta sexual:

b.1) Fatores orgânicos:

- ressecamento vaginal (1);
- reposição hormonal (1);
- ausência do desconforto provocado pela menstruação (1);
- isenção da possibilidade de gravidez (2);
- problemas de saúde (1);
- histerectomia (3);
- disposição física (2).

b.2) Fatores sociais e afetivos:

- ausência de parceiro (3);
- privacidade do casal (1);
- religião (1);
- preocupação com DST's (1);
- saída dos filhos de casa (1);
- repressão por parte dos parentes e amigos (1);
- dificuldades conjugais (2).

c) Importância atribuída às relações sexuais:

c.1) São importantes para o relacionamento conjugal (fundamentais):

- são importantes (5);
- as relações sexuais são fundamentais para o relacionamento conjugal (3);

c.2) Não são tão importantes para o relacionamento conjugal (complementares):

- acredita que as relações sexuais não são tão importantes por convicções pessoais (1);
- as relações sexuais são complementares para o relacionamento conjugal (3).

d) Qualidade das relações sexuais:

d.1) Sobre o desejo sexual:

- o desejo sexual não diminuiu com a idade (4);
- o desejo sexual diminuiu com a idade (1);
- não soube responder (1);

d.2) Sobre a qualidade da relação sexual:

- as relações sexuais melhoraram com o tempo (1);
- as relações sexuais pioraram com o tempo (3);
- não responderam (2).

e) Frequência das relações sexuais:

- mantém uma frequência sexual semelhante à que tinham na juventude - 2 a 3 vezes por semana (2);
- mantém uma boa frequência sexual – de 1 a 2 vezes por semana (2);
- não responderam a pergunta (2).

f) Pessoas eleitas para dialogar sobre questões sexuais:

- ninguém (3);
- parceiros (2);
- ginecologista (1);
- deus (1);

g) Sentimentos envolvidos na realização do ato sexual:

g.1) Positivos

- sente-se realizada após ter uma relação sexual com orgasmo (5);
- sente-se feliz após ter uma relação sexual com orgasmo (1);

g.2) Negativos

- sente-se cansada após uma relação sexual sem orgasmo (1);
- sente-se insatisfeita após uma relação sexual sem orgasmo (1);
- sente-se horrível após uma relação sexual sem orgasmo (1);
- sente-se contrariada após uma relação sexual sem orgasmo (1).

h) Satisfação Sexual:

- apresentam uma relação sexual satisfatória com seus parceiros (2);
- apresentam uma relação mais ou menos satisfatória (2);
- não tem uma vida sexual satisfatória (1);
- não respondeu a pergunta (1);
- procuram satisfazer-se sozinhas (3);
- não se satisfazem sozinhas (2);
- admite que não se satisfaz sozinha porque seu parceiro supre todas as suas necessidades (1);
- confessa que faz uso de calmantes todas as vezes que sente vontade de se satisfazer (1);
- substituiu o sexo por outra atividade (1);
- não respondeu a pergunta (1).

i) Velhice Assexuada:

- concorda que a velhice assexuada existe (1);
- admitem que a prática da sexualidade na velhice é adequada (5);
- concorda que não existe velhice assexuada, porém acha que a libido pode diminuir com o uso excessivo de medicamentos (1);
- acredita que existem mulheres que, ao chegar à velhice, não se consideram mais atraentes (1).

## DISCUSSÃO

A sexualidade consiste numa experiência subjetiva que é constituída por fatores hormonais, sociais, culturais e emocionais. Por ser uma experiência de caráter subjetivo, cada pessoa vivencia sua sexualidade de acordo com sua história de vida e a influência que cada um desses fatores terá na sua concepção sobre sexualidade. Desse modo, cada pessoa apresenta condições pessoais diversificadas para ter uma relação sexual satisfatória. Conforme os resultados obtidos nas entrevistas, observa-se que, das seis participantes, três consideram que a obtenção de prazer é essencial para satisfação nas relações sexuais. Segue abaixo a fala de uma das entrevistadas que enfatiza essa questão: “Amor pode ser interpretado como bem querer e é bom, mas o prazer é melhor que o amor” (participante 06).

Outra condição tida como importante pelas participantes é a presença de amor. A participante 02 evoca o amor como elemento essencial para o êxito nas relações sexuais: “Amor, afinidade. Acho que não tendo isso não rola” (participante 03). Juntamente com o amor, a participante levanta outro sentimento, a afinidade, classificada como sentimentos relacionados ao casal, dentro do qual também estão acomodados: o compartilhamento das experiências sexuais, o companheirismo e o respeito mútuo. Fraiman (1994) explica que o surgimento do cinema, juntamente com a literatura, o teatro e o rádio, ajudaram na mudança do relacionamento conjugal e sexual. O acesso aos filmes modificou as prioridades da mulher, no sentido em que características antes despercebidas como companheirismo, intimidade, amor, romance, passaram a ser alvo da atenção e desejo feminino. A participante 1 expressa de forma bem nítida esse contexto ao dizer que o mais importante para ela seria: “O compartilhar. Aí está respeito, doação, união. Ele compartilha comigo, eu compartilho com ele” (participante 01).

Algumas entrevistadas agregam o prazer físico aos sentimentos relacionados ao casal como condição essencial para um relacionamento sexual satisfatório. As participantes 04 e 05 expressam exatamente essa característica: “Sentir prazer. A gente tem que se conhecer, sentir alguma coisa pelo seu parceiro” (participante 04). “Os dois precisam ter atingido o que querem: o orgasmo. Também acredito que o companheirismo e o respeito mútuo são fundamentais” (participante 05).

Já a participante 02 salientou a importância de sentimentos que não possuem relação com o parceiro, mas com a sua individualidade, assim valorizando a questão do bem-estar do indivíduo como principal condição para uma relação sexual prazerosa: “Ah, tranquilidade, paz interior”.

A segunda categoria refere-se aos fatores que interferem na resposta sexual. Essa categoria foi dividida em duas subcategorias: os fatores orgânicos e os fatores sociais e afetivos. Dentre os fatores orgânicos podemos citar: ressecamento vaginal; reposição hormonal; ausência do desconforto provocado pela menstruação; isenção da possibilidade de gravidez; problemas de saúde; histerectomia, e disposição física.

Masters, Johnson & Kolodny (1997) afirmam que muitas mulheres reclamam da diminuição da lubrificação vaginal. A lubrificação começa a ficar mais lenta devido à perda do estrogênio necessário para a sua produção, podendo vir a causar secura vaginal, que produz dor e incômodo durante a relação sexual. A participante 03 relata que: “Houve ressecamento vaginal, tive que usar pomada, mas o incômodo continuava. Tive que usar pomada o tempo todo porque senão ressecava a vagina”.

Outro fator orgânico é a reposição hormonal. Masters, Johnson & Kolodny (1997) explicam que a terapia de reposição hormonal é recomendada para atenuar os efeitos causados pela deficiência do estrogênio no período pós-menopausa. Existem vários benefícios resultantes dessa prática como preservação da integridade dos tecidos vaginais, assim evitando a atrofia da vagina, aumento da sensação de bem-estar e o aumento da lubrificação vaginal, o que reduz a dor e desconforto causados pela diminuição da lubrificação vaginal e, conseqüentemente, torna a relação sexual mais prazerosa. A participante 01 relata que a reposição hormonal possibilitou que ela e seu marido mantivessem uma vida sexual saudável: “Meu médico acha espetacular! Mas você deve ficar atenta porque mantenho essa frequência sexual porque faço reposição hormonal”.

A ausência do desconforto provocado pela menstruação e a isenção da gravidez são fatores interligados, pois ambos associam-se à menopausa. Masters & Johnson (1984) constatam que muitas mulheres relatam atingir mais facilmente o orgasmo na pós-menopausa do que antes, embora esse efeito possa estar mais relacionado com componentes psicossociais de resposta sexual - por exemplo, ausência de preocupação com a gravidez - do que com fatores biológicos. Existem mulheres que, ao entrarem na menopausa, sentem-se mais a vontade para terem relações sexuais, pois, com a chegada da menopausa, a possibilidade de uma gravidez indesejada é nula (BUTLER & LEWIS, 1976). Como diz a participante 01: “Quando você é mais jovem tem dores, menstruação, possibilidade de gravidez... hoje em dia, me sinto liberta!”.

Outro fator orgânico citado relaciona-se aos problemas de saúde em geral. A resposta sexual pode sofrer influências tanto de fatores biológicos, como psicológicos e sociais. Masters & Johnson (1984) acreditam que a capacidade da mulher de atingir o orgasmo não é

diminuída pelo envelhecimento, contanto que não haja outro problema de saúde para afetar o quadro. A participante 06 deixa explícito que problemas de saúde interferem na resposta sexual ao confessar que: “Eu acredito que as relações sexuais podem ser muito importantes, desde que a pessoa esteja bem de saúde”. No decorrer da entrevista ela acrescenta: “devido à saúde, não sinto mais tanto prazer como antes. Eu dou, mas não recebo”.

A histerectomia é um fator orgânico que merece ser destacado, tendo em vista que metade das entrevistadas (3) passou pelo procedimento de retirada do útero e para cada uma delas esse procedimento teve uma repercussão deferente. A participante 02 relata que não sofreu nenhuma seqüela com a retirada do útero: “Fiz uma cirurgia de retirada do útero há 24 anos. Nunca tive menopausa, nem sei o que é isso”. Já a participante 03 admite que sofreu os efeitos da histerectomia : “Tive mioma e tirei o útero, daí entrei na menopausa aos 42 anos, o que me prejudicou muito”. A participante 06, por sua vez, sentiu-se aliviada com a retirada do útero: “Quando eu tirei o útero pensei que não teria mais prazer, mas foi o oposto; me senti mais confortável porque estava isenta da possibilidade de engravidar. Quando era mais jovem, ficava com medo de ter relação... Eu pensava: “Nossa, outro filho... eu já tenho cinco!”. Helen Kaplan (1974, apud HITE, 1987) afirma que, tanto as mulheres que chegam à menopausa quanto as que fazem histerectomia dizem que esses fatores influenciam a libido. A autora explica que: “[...] Mais uma vez o destino da libido depende de uma constelação de fatores ocorrendo nesse período, inclusive mudanças psicológicas, oportunidade sexual e diminuição da inibição [...]”.

O último fator orgânico levantado corresponde à disposição física. Rodrigues & Diogo, e Perracini (2000; 2002, apud CAMPOS, 2005) apontam a diminuição da força e resistência como uma das principais alterações fisiológicas ocorridas com o envelhecimento. A participante 04 comenta: “Quando a gente é mais jovem tem mais energia, mais força”. A participante 01, por sua vez, declara como a redução da disposição física afeta a resposta sexual: “Só não tem a mesma energia, disposição física. Quando eu era mais jovem, eu trabalhava 12 horas por dia e chegava em casa toda assanhada. Ultimamente prefiro fazer sexo mais cedo porque eu tenho mais energia. Já meu marido não tem essa de horário ideal para fazer sexo”.

Quanto aos fatores sociais e afetivos podemos citar: preocupação com as DST's; repressão por parte dos parentes e amigos; dificuldade conjugal; religião; privacidade do casal; saída dos filhos de casa, e ausência de parceiro.

Vieira (2004) afirma que houve um aumento no número de idosos acometidos pela AIDS. O autor supõe que o aumento das vendas de medicamentos contra a impotência sexual,

somado à resistência ao uso da camisinha e a despreocupação das mulheres idosas em solicitar o uso da camisinha pelo seu parceiro, devido à impossibilidade de gravidez, sejam as principais causas da elevação da incidência da AIDS nos idosos. A entrevistada 02 expressa a sua preocupação com o aumento da incidência das DST's ao dizer: “Tenho evitado ter relações sexuais por causa das DST's, porque os homens só querem saber de fazer sexo sem camisinha...”.

A repressão por parte dos parentes e amigos consiste em outro fator afetivo que compromete a resposta sexual. Segundo Cavalcanti & Cavalcanti (1997), a pressão dos filhos exerce influência na sexualidade dos idosos. Os autores enfatizam que a viuvez ou separação são processos de difícil adaptação, especialmente quando se é idoso, sendo muito complicado continuar a vida na ausência do seu companheiro. Os filhos não costumam ter uma visão de suas mães tendo relações sexuais, o que pode causar certo incômodo quando sua mãe surge com um novo parceiro. A participante 03, viúva há 35 anos, expõe um pouco do seu dilema com a filha: “Também não tenho namorado ultimamente porque minha filha não aprova. Ela é evangélica e muito radical. Ela fica dizendo: “Namorar com essa idade; que coisa ridícula!”“. “É um tabu que minha filha tem e eu gostaria de respeitar”. A participante ainda expõe outra situação, desta vez relacionada à sua amiga: “Uma amiga minha, de 55 anos, disse que isso é ridículo, que não existe isso quando se fica velho”.

A dificuldade conjugal é outro fator afetivo que deve ser considerado, pois apesar da presença do parceiro, a vida sexual das mulheres pode ser inibida ou reprimida por eles. Muitos homens negam à mulher o direito de viver um relacionamento sexual saudável e satisfatório (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 1997). A participante 05 conta como a dificuldade conjugal interferia no relacionamento sexual: “Eu e meu ex-marido ficamos muito tempo sem ter relações. Ele me humilhava muito. Eu não sentia vontade de ter relações com ele porque ele me machucava muito. Agora com meu namorado eu sinto vontade”. A participante 06 também relata sobre sua dificuldade conjugal: “A gente precisa de afeto durante a relação e o marido não estava nem aí. Ele já chega pronto para ter relações. Quando não quero, eu digo não, e às vezes saio da cama”.

Cavalcanti & Cavalcanti (1997) enfatizam a importância do diálogo aberto e esclarecedor entre o casal para contornar os problemas conjugais. Além disso, os autores explicam que a sinceridade e a aceitação das necessidades e limitações do parceiro, também são elementos essenciais para que haja uma compreensão das dificuldades sexuais, de forma que eles possam utilizar as dificuldades a seu favor, para melhorar a qualidade do relacionamento tanto conjugal como sexual. A participante 06 chega a comentar sobre a falta



de diálogo entre o casal: “Se ele procurasse me entender melhor... Porque tem vezes em que estou interessada”.

A religião também é colocada pelas entrevistadas como um fator de influência. A participante 05 explica como a religião e seus valores modificaram o seu relacionamento sexual: “Quando eu era jovem, fui mãe-de-santo, casei, separei, tive muitos parceiros. Eu era muito namoradeira. Há uns 5 anos entrei para a Renovação Carismática. Lá ter relações sexuais fora do casamento é proibido, assim como a masturbação. Com essa idéia de sexo ser proibido acabei bloqueando”.

A privacidade do casal e a saída dos filhos são fatores que estão interligados, porque a saída dos filhos de casa implica num aumento da privacidade do casal. Geralmente, as mulheres costumam sentir-se mais vulneráveis devido ao impacto sofrido pelas mudanças ocorridas, não só físicas como psicológicas e sociais. A saída dos filhos de casa pode torná-las mais suscetíveis ao surgimento de patologias como, por exemplo, a depressão (CAMPOS, 2006). A entrevistada 01 afirma que com ela ocorreu o oposto, uma vez que a sua vida conjugal e sexual melhorou assim que os filhos saíram de casa justamente porque o casal ganhou mais privacidade: “Agora o apartamento é todo nosso. Não tem barulho de telefone tocando, de gente chegando em casa, os filhos já saíram de casa, a casa está vazia; sábado e domingo é o nosso dia de orgia”.

Porventura, a ausência de parceiros é outro fator que influencia a resposta sexual. Ribeiro (2007) afirma que o maior ou menor interesse na atividade sexual da mulher na terceira idade depende do fato de ter ou não um parceiro sexual, sendo que as mulheres são as mais afetadas pela questão da disponibilidade de parceiro, pois as mulheres casadas tendem a uma expectativa de vida maior do que seus parceiros e, com relação às viúvas acima de 70 anos, existem poucos homens da mesma faixa etária que estão disponíveis (MASTERS, JOHNSON & KOLODNY, 1997). A participante 03 reforça essa questão ao dizer que: “Atualmente não tenho namorado porque só aparecem homens casados querendo ficar comigo”.

Masters, Johnson & Kolodny (1997) ainda fazem uma correlação entre mulheres que estão sozinhas há muito tempo e o desinteresse sexual. Eles afirmam que o desinteresse sexual é uma forma que as mulheres têm de lidar com a falta de um parceiro. Elas acreditam que dificilmente conseguirão ter um parceiro e, conseqüentemente, relações sexuais. Por isso, as mulheres desinteressam-se pelo sexo; para evitar frustração. A participante 02 confirma a afirmação dos autores ao dizer: “Não sei se surgisse um companheiro reacenderiam as chamas. Se a gente tem um companheiro a gente se anima, se não tudo bem também”.

Por conseguinte, os autores também acreditam que existem mulheres sem parceiros que mantém a esperança, e fazem o possível para formar relacionamentos que lhes oferecerão a companhia masculina desejada, como é o caso da participante 03: “Mas gostaria de ter alguém por perto para me abraçar, me dar beijos... São coisas que fazem parte da vida. Até hoje não encontrei ninguém para me amarrar”. A participante 04 confirma dizendo: “Quando a gente fica mais velha precisa ter alguém do lado”.

A terceira categoria, diz respeito à importância atribuída às relações sexuais. Das seis entrevistadas, cinco admitem que as relações sexuais são importantes, enquanto uma não considera as relações sexuais tão importantes por convicções pessoais: “O mais importante é a companhia e a união. Desde novinha sempre fui recatada, o sexo nunca foi tão importante pra mim” (participante 02). Para Fraiman (1994) e Hite (1987) com a eclosão da revolução sexual, as escolhas sexuais tornaram-se mais livres, pois o conceito de sexo desvinculou-se do casamento e procriação, assim como houve a divulgação de informações sobre sexo, expandindo a acessibilidade aos conteúdos relacionados à sexualidade e a importância das relações sexuais na vida das pessoas. As entrevistadas que assumem a importância do sexo, apontam diversos motivos pelos quais as relações sexuais são importantes, como:

“Acredito que são importantíssimas; elas são importantes em todos os relacionamentos, é questão de parceria” (participante 01).

“A relação sexual é muito importante para uma boa qualidade de vida, além de ajudar a resolver os problemas [...] A relação sexual facilita a mulher na obtenção de ganhos, por que ela “doma” o homem. Existem vários ganhos que a mulher obtém com o sexo como alívio financeiro, liberdade para tomar decisões e garantia de que o marido não vai procurar mulheres fora de casa ou vai se masturbar” (participante 01).

“São, porque eu acho que elas dão mais vida naquela vida da gente que tá começando a ficar sem graça; é bom para a gente se sentir mais gente” (participante 03).

“Eu acho que sim. Não são só os jovens que precisam de sexo, os idosos também precisam; ajuda a gente a ter mais força, mais vida” (participante 04).

“Sim, porque satisfaz o ego de cada um” (participante 05).

O outro quesito avaliado nessa categoria foi saber se as relações sexuais são fundamentais ou complementares para o relacionamento conjugal. Houve um empate entre os dois valores. Três entrevistadas acreditam que as relações sexuais são fundamentais porque consolida o relacionamento conjugal e auxilia na resolução e enfrentamento dos conflitos.

“Acredito que são fundamentais, porque o relacionamento começa na cama” (participante 05).

“Acho que é fundamental. Eu acho que a gente precisa também. Se um casal fica junto por uns 50 anos, por exemplo, é porque algo dá certo entre eles” (participante 04).

“Acho que são fundamentais. Um casal que tem um bom relacionamento conjugal é capaz de enfrentar melhor os problemas” (participante 01).

As outras três participantes apontam que as relações sexuais são complementares porque o relacionamento conjugal constitui-se de várias necessidades, sendo o sexo uma das várias necessidades que precisam ser satisfeitas. Segue abaixo os relatos das entrevistadas:

“Complementam. Por causa da convivência que o casal adquire com o tempo, além de segurar o casal” (participante 06).

“São complementares, porque elas complementam o amor, a união... incentiva o amor” (participante 03).

“Complementar, porque acho que tem o mesmo peso de outras necessidades, como alimentação e necessidade financeira” (participante 02).

A quarta categoria corresponde ao desejo sexual e qualidade da relação sexual. Masters, Johnson & Kolodny afirmam que, apesar das modificações ocorridas na fisiologia sexual feminina, não foi comprovado que o envelhecimento exerce efeito sobre o interesse sexual feminino. O mais provável é que a libido dependa mais dos níveis de andrógeno do que de estrógeno. Helen Kaplan (1974, apud HITE, 1987) confirma a teoria da Masters & Johnson ao explicar que, do ponto de vista fisiológico, a libido deveria aumentar na menopausa devido ao nível de andrógeno da mulher, que não sofre alterações com a menopausa. O resultado obtido comprova parcialmente a teoria. Nenhuma das entrevistadas alega um aumento do desejo sexual, todavia, quatro das seis entrevistadas disseram que o desejo sexual permanece o mesmo, contra uma que confessa uma diminuição do desejo sexual. Uma das entrevistadas não respondeu a pergunta.

Quanto à qualidade das relações sexuais em si, apenas uma entrevistada relata que houve uma melhoria das relações sexuais: “Não. Muito pelo contrário. As relações sexuais são de melhor qualidade”. Três entrevistadas responderam que suas relações sexuais pioraram com o tempo devido aos fatores levantados na segunda categoria. Duas entrevistadas não souberam responder por que não possuem parceiros.

Com relação à quantidade das relações sexuais, houve uma divisão de opiniões. Duas entrevistadas, uma casada e outra viúva, relatam que mantém a frequência sexual semelhante à que tinham na juventude. “Atualmente tenho relações sexuais de 2 a 3 vezes por semana” (participante 01). “Não diminuíram. Sempre foram normais. Não sei se eu que sou “foguenta”, mas costumo ter relações de duas a três vezes por semana” (participante 03).

Masters, Johnson & Kolodny salientam que casais que mantiveram uma vida sexual ativa na juventude podem manter ou até mesmo melhorar a atividade sexual na velhice. As participantes que responderam que mantêm uma frequência semelhante a que tinham na juventude, confirmam que tiveram uma vida sexual intensa quando mais jovens.

Duas participantes confessam que mantêm uma boa frequência sexual, correspondente a 1 ou 2 vezes por semana. “Sim, quando meu parceiro chega de viagem é muito movimentado; ele dá trabalho (risos)” (participante 04). “Hoje em dia, temos relações de 1 a 2 vezes por semana” (participante 06). As outras duas entrevistadas não responderam a pergunta.

Fraiman (1994) afirma que, com a eclosão da revolução sexual, as escolhas sexuais tornaram-se mais livres, pois o conceito de sexo desvinculou-se do casamento e procriação, assim como houve o aumento da divulgação de informações sobre sexo, houve uma expansão da acessibilidade aos conteúdos relacionados à sexualidade. Desse modo, as mulheres tiveram mais abertura para conversar sobre suas questões sexuais. Porém, devemos lembrar que as mulheres cuja idade excede os 60 anos tiveram uma educação totalmente repressora, onde as informações sobre o assunto eram restritas e a expressão da sexualidade era totalmente limitada, uma vez que a prática sexual sem o intuito de reprodução era pecaminoso (Vieira, 1995). Podemos observar resquícios dessa educação nos resultados referentes à sétima categoria. Metade das entrevistadas confessa que não conversam com ninguém sobre suas questões sexuais: “Não converso com ninguém. Tenho vergonha” (participante 04); “Esse assunto não. Eu acho que conversar sobre sexo é algo muito reservado” (participante 06); “Não. Não converso com ninguém sobre essas coisas” (participante 05).

O parceiro foi a pessoa eleita por duas participantes para dialogar sobre sexo: “Não, só meu marido. Nunca senti necessidade de procurar outra pessoa para conversar sobre essas questões” (participante 01); “Não tenho confidentes. Costumava conversar com meu marido e, quando estou namorando, procuro conversar com eles” (participante 03). Deus e a ginecologista ficaram como terceira opção: “Não converso com ninguém sobre isso. Só Deus mesmo e minha ginecologista” (participante 02). Percebe-se através da análise das entrevistas que a figura da ginecologista relaciona-se mais com a resolução dos problemas ginecológicos do que como um profissional com o qual pode-se compartilhar questões acerca de sua vida sexual e suas implicações.

A oitava categoria corresponde aos sentimentos positivos e negativos envolvidos na realização do ato sexual. Devido à educação repressora, muitas mulheres cresceram achando que não deveriam se interessar por sexo e muito menos sentir prazer nas relações sexuais.

Fraiman (1994) coloca que o sexo era tido como um dever e somente as prostitutas se entregavam aos prazeres da carne. No caso dos homens, o sexo era considerado algo baixo, sujo e desrespeitoso para com a mulher. No entanto, as entrevistadas relataram exatamente as sensações obtidas nas relações sexuais com e sem orgasmo. Dentre os sentimentos positivos citados pelas entrevistadas temos: a realização e a felicidade. Cinco das entrevistadas disseram que sentem-se realizadas após uma relação sexual onde atingiram o orgasmo: “Eu me sinto tão bem que ... eu me sinto realizada em muitos ângulos: eu vejo ele realizado, eu durmo melhor, eu me sinto muito bem” (participante 01); “Me sinto à vontade. Com meu marido nunca sentia prazer, porque ele me maltratava, mas com meu namorado eu sinto prazer. Me sinto realizada” (participante 04).

Uma participante comenta que sente-se feliz após uma relação sexual com orgasmo: “Bem, feliz” (participante 02).

As participantes também foram bem enfáticas ao exporem como se sentem após uma relação sexual onde não obteve orgasmo. Dentre os sentimentos negativos citados, encontram-se: cansaço (“Quando não sinto prazer, me sinto cansada, esgotada” – participante 06); insatisfação, horror (“Quando eu não tenho orgasmos me sinto horrível, insatisfeita, parecia que não tinha feito nada” – participante 03) e contrariedade (“... raríssimas vezes eu me contrariei” – participante 02).

A nona categoria consiste na satisfação sexual. Das seis entrevistadas, duas, uma casada e outra viúva que atualmente está namorando, disseram que possuem uma relação sexual satisfatória com seus parceiros. Duas entrevistadas disseram que apresentam uma relação mais ou menos satisfatória: “Às vezes sim, mas nem sempre; meio a meio. Às vezes meu marido me procura só pra dizer que é homem e não porque ele realmente quer” (participante 06); “Às vezes sim, às vezes não. Eu acho que deve ser um defeito meu, porque não costumo ter orgasmos em todas as relações sexuais” (participante 03). Quanto às outras duas entrevistadas, uma não respondeu a pergunta, e a outra não tem uma vida sexual satisfatória. Essa entrevistada também assume que não se satisfaz sozinha por causa dos valores religiosos; ela complementa dizendo que faz uso de calmantes toda vez que sente vontade de se masturbar: “Não me satisfaço sozinha porque a igreja católica reprova. A gente vai se educando aos poucos. Vontade eu sinto, mas quando ela aparece, eu tomo um calmante ou faço uma mistura de polaramine com outro remédio para eu dormir” (participante 05).

A participante 01 confessa que não se satisfaz sozinha porque seu relacionamento sexual é satisfatório: “Se eu procuro outros meios de satisfação, é com ele mesmo”.

Masters, Johnson & Kolodny (1997) ressaltam que a masturbação, apesar de ser um assunto que provoque desconforto em algumas pessoas, é uma prática absolutamente normal, sobretudo entre os idosos. Dentre as entrevistadas, três relatam que procuram satisfazer-se sozinhas: “As vezes me satisfaço sozinha, às vezes, só uma cena de novela me excita. Eu tenho minhas fases” (participante 03); “Sim. Às vezes me satisfaço sozinha. Tem horas que dá vontade de fazer umas besteiras (risos)” (participante 04).

Cavalcanti & Cavalcanti (1997) mencionam que, apesar da presença do parceiro, a vida sexual das mulheres pode ser inibida por eles. Algumas se abstêm de relações sexuais, enquanto outras apelam para a masturbação como uma atitude sexual alternativa, como é o caso da participante 06: “Ele já chega pronto para ter relações. Quando não quero, eu digo não, e às vezes saio da cama, porque o corpo não agüenta. O prazer não acaba porque está na cabeça [...] mas às vezes que estou de saco cheio, deixo ele falando sozinho e me satisfaço. Prazer é uma coisa que você pode sentir a qualquer hora, mas o encanto...”. A participante 02 não respondeu a pergunta. Um ponto interessante encontrado nas entrevistas é que a participante 03 diz que, como não tem um parceiro atualmente, ela substituiu momentaneamente a atividade sexual pela dança: “Eu vou aos bailes da terceira idade para dançar. Adoro dançar. Substituí a sexualidade pela dança”. Porém, esta participante respondeu que apresenta uma relação mais ou menos satisfatória, tendo como base o seu último relacionamento que ocorreu há um ano e a sua auto-satisfação.

A última categoria está ligada ao mito da velhice assexuada. Das seis entrevistadas, cinco admitem que a prática da sexualidade na velhice é adequada: “Não perdem não. Até hoje não perdi. Mesmo com a retirada do útero continuo tendo prazer” (participante 06); “A gente necessita de sexo” (participante 04); “Eu acredito que não. Eu digo que não, tirando por mim. Eu não tenho parceiro atualmente e sinto” (participante 03).

A participante 05 confirma que não existe velhice assexuada, mas ela faz uma observação: “Eu não acredito não. Só acho que a libido é diminuída com o uso de muitos medicamentos”.

A participante 01 acredita na velhice assexuada, no sentido que: “Acho que existe o mito de que muitas mulheres acham que tudo acabou na velhice”. A afirmação da participante 01 foi encontrada no discurso de duas participantes: “Eu tenho tão pouco a oferecer... tem muita mulher bonita lá fora. O meu momento já passou” (participante 02); “Sinto falta de um companheiro. Quando sei que alguém está interessado eu me afasto! Tenho uma amiga muito bonita e ela se sente muito sozinha. Fico incentivando ela a encontrar um companheiro porque ela é tão bonita; deveria ter um companheiro” (participante 05). A participante 05 reflete

exatamente o que Vieira (1995) argumenta. O autor acredita que a moral cristã é um dos fatores que nutre o mito da velhice assexuada, pois o sexo segundo o cristianismo deve ser praticado apenas para reprodução, não tendo motivos a sua prática na velhice, já que a mulher na pós-menopausa não pode mais ter filhos, logo, fazer sexo na velhice é considerado pecado.

Já a participante 02 através do seu relato reproduz as crenças e valores alimentadas pela sociedade atual, que enaltecem a juventude em detrimento da velhice. Debert (1994, citado em CAMPOS, 2006, p.17) diz que: “as mulheres ao envelhecer experimentam uma situação de dupla vulnerabilidade e de difícil solução, com o peso somado de dois tipos de discriminação: ser mulher e ser idosa”. Percebe-se atualmente uma desvalorização do corpo feminino em processo de envelhecimento, o que pode prejudicar a vivência dessa fase pelas mulheres (CAMPOS, 2006). Com essa desvinculação de valores como feminilidade e sensualidade da mulher idosa, o mito da velhice assexuada transforma-se num círculo vicioso de maneira que, ao interiorizar o mito, o idoso passa a acreditar que sua capacidade de ter relações sexuais acabou. Como consequência disso, os idosos abdicam de suas necessidades para enquadrar-se de acordo com os padrões sociais estabelecidos (ALMEIDA e LOURENÇO, 2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema levantado para a realização da presente pesquisa resume-se em compreender se o mito relacionado à velhice assexuada faz parte da realidade de um pequeno grupo de mulheres idosas.

Baseado nesse problema, foram realizadas seis entrevistas, com mulheres na faixa dos 60-70 anos, cujos resultados foram impressionantes. Primeiramente, deve-se ressaltar a postura dessas senhoras ao abordar um assunto de tamanha relevância como sexo. Fraiman (1994) coloca essa questão de forma pertinente ao lembrar que as idosas vivenciaram sua juventude em uma sociedade cuja educação rígida, juntamente com a moral e os valores cristãos repressores restringia as informações concernentes ao assunto, bem como limitavam qualquer tipo de expressão da sexualidade. Algumas senhoras falaram sobre sexo de forma bem cautelosa, contudo, a maioria demonstrou acessibilidade e interesse em conversar sobre o tema. Inclusive, encontramos senhoras dispostas a conversar sobre sexo, apesar de não terem mais uma vida sexual ativa.

Quanto aos resultados, obtivemos muitas informações preciosas acerca da realidade dessas mulheres idosas. As entrevistadas foram claras e objetivas ao definir que sentem-se realizadas após terem uma relação sexual, na qual atingiram o orgasmo e dividiram opiniões ao assumirem o sentimento envolvido na realização do ato sexual sem orgasmo. Houve uma variação de sentimentos relatados como cansaço, insatisfação, contrariedade e horror. Contudo, parece que as entrevistadas não utilizam a mesma descontração com que falaram sobre sexo nas entrevistas, com a ginecologista, tendo em vista que apenas uma pessoa elegeu a ginecologista para dialogar sobre questões sexuais. Neste caso, percebe-se que existe uma barreira entre os profissionais da saúde e os idosos neste quesito. Talvez tenham ficado mais descontraídas para discutir sobre o tema porque sabiam que permaneceriam no anonimato. No entanto, deve-se lembrar que o desinteresse, assim como a falta de manejo ou o constrangimento dos profissionais em tratar sobre questões sexuais, podem ser motivos que geram inibição nos idosos para tratar de tais questões com os profissionais da saúde (Ballone, 2004).

A maioria das entrevistadas assumiu que a obtenção de prazer é a condição essencial para uma relação sexual satisfatória. O amor, intimidade, afinidade e companheirismo também têm importância significativa. Quanto à importância das relações sexuais, grande parte comprova seu valor e explica apontando diversos motivos pelos quais as relações sexuais são importantes. Além disso, metade das entrevistadas percebe as relações sexuais



como fundamentais para um relacionamento, enquanto a outra metade acha que as relações sexuais são complementares, já que existem outras necessidades a serem satisfeitas. A importância das relações sexuais reflete-se na quantidade e qualidade das relações. A maior parte das entrevistadas mantém uma boa frequência sexual. Com relação à qualidade, os resultados confirmam a teoria de Masters, Johnson & Kolodny (1997), ou seja, o desejo sexual não diminui com a idade. Porém, a metade das entrevistadas acredita que as relações sexuais pioraram com o tempo. A partir daí, podemos observar que a sexualidade é uma junção de fatores inter - relacionados. Várias entrevistadas relataram como alguns fatores de ordem biológica, afetiva e social podem interferir na qualidade, na frequência e satisfação sexual. Alguns fatores chamaram atenção como as opiniões diversas sobre os efeitos da histerectomia na vida sexual, a importância da reposição hormonal para uma melhor qualidade de vida e relacionamento sexual, a preocupação com as DST's e a influência das dificuldades conjugais no relacionamento sexual.

A categoria satisfação sexual mostrou que a masturbação ainda é um assunto controverso para algumas idosas, porém a metade confessa que pratica a masturbação, mesmo estando casada ou com parceiro fixo. Por último, a categoria responsável pelo mito da velhice assexuada mostra que o pequeno grupo de idosas entrevistadas reconhece que, assim como os jovens, elas também necessitam satisfazer os seus desejos sexuais, logo, não concordam com o mito da velhice assexuada.

Apesar de a amostra ser pequena para atender aos critérios de validade, conclui-se com essa pesquisa que, o mito da velhice assexuada não existe, para as entrevistadas, mas ele ainda está presente na sociedade, especialmente nos filhos, parentes e amigos, que acham ridículo a idéia de dois idosos namorarem ou construírem um relacionamento a essa altura da vida. Para essas seis mulheres que, mesmo estando casadas, desquitadas, viúvas ou solteiras, confessam que é fundamental ter um companheiro do seu lado, e assumem que as relações sexuais dão mais força e vida para essas pessoas que estão atravessando uma etapa crucial em suas vidas, além de contestarem essa repressão social ao dizer: “Quero ver se ela vai pensar isso quando chegar na minha idade” (participante 03).

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Thiago De; LOURENÇO, Maria Luiza. *Envelhecimento, Amor e Sexualidade: Utopia ou Realidade?*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, vol 10, n. 1, p. 101 – 113, 2007. Disponível em: [http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232007000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232007000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 01 mai. 2008.
- BALLONE, G. J. *Sexo nos Idosos*. 2004. Disponível no site: [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br). Acesso em: 07 fev. 2008.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. 3ª. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BEAUVOIR, Simone. *A Velhice*. 5ª impressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BUTLER, Robert N.; LEWIS, Myrna I. *Sexo e Amor na Terceira Idade*. 2ª ed. São Paulo: Summus Editorial, 1976.
- BUSSE, Ewald W.; BLAZER, Dan G. *Psiquiatria Geriátrica*. 2ª Ed. Porto Alegre: ARTMED, 1999.
- CAVALCANTI, Ricardo & CAVALCANTI, Mabel. *Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais*. 2ª edição. São Paulo: Editora Roca, 1997.
- CAMPOS, Ana Paula. M. De. *“Tricotando Histórias” – Reflexões sobre uma intervenção psicológica grupal com idosas*. 2005. 160 f. Dissertação (Pós – Graduação) não publicada. Programa de Pós – Graduação em Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília, 2005.
- CAMPOS, Ana Paula. M. De. *Envelhecimento Feminino: “Bicho de Sete Cabeças?”*. In FALCÃO, Deusivania V. S; DIAS, Cristina Maria S. B. *Maturidade e Velhice: Pesquisa e Intervenções Psicológicas*. Vol 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p.17 – 35.
- CLONINGER, Susan C. *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

- ERBOLATO, Regina M. P. L. *Relações Sociais na Velhice*. In: FREITAS, Elizabete V.; PY, Ligia; CANÇADO, Flávio A. X.; DOLL, Johannes; GORZONI, Milton L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p. 1324 – 1330.
  
- FORTES, Andréa Cristina G.; NERI, Anita L. *Eventos de vida e envelhecimento humano*. In: NERI, Anita. L.; YASSUDA, Monica S.; CACHIONI, Meire. *Velhice Bem – Sucedida: Aspectos Afetivos e Cognitivos*. Campinas, São Paulo: Editora Papirus, 2004, p.51-70.
  
- FRAIMAN, Ana P. *Sexo e Afeto na Terceira Idade – Aquilo que você quer saber e não teve com quem conversar*. São Paulo: Ed. Gente, 1994.
  
- GRADIM, Clícia V. C; SOUSA, Ana Maria M.; LOBO, Juliana M. *A Prática Sexual e o Envelhecimento*, 2007. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/9826/673>. Acesso em: 01maio. 2008.
  
- HALL, Calvin S.; LINDZEY, Gardner.; CAMPBELL, John B. *Teorias da Personalidade*. 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000.
  
- HITE, Shere. *O Relatório Hite*. 8ª Ed. São Paulo: DIFEL, 1987.
  
- JECKEL-NETO, Emilio Antonio; CUNHA, Gilson Luis Da. *Teorias Biológicas do Envelhecimento*. In: FREITAS, Elizabete V.; PY, Ligia; NERI, Anita L.; CANÇADO, Flávio A. X.; GORZONI. Milton L.; ROCHA, Sônia Maria da. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002, p. 13 – 19.
  
- LOPES, Ruth G. C.; CALDERONI, Sila Z. *O Idoso na Família: Possibilidades ou Retração*. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. *Tratado de Gerontologia*. 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto e Belo Horizonte: Atheneu, 2007, p. 225 – 231.
  
- MASTERS, William H.; JOHNSON, Virginia E. *A Conduta Sexual Humana*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.
  
- MASTERS, William H.; JOHNSON, Virginia E. *A Resposta Sexual Humana*. São Paulo: Roca, 1984.
  
- MASTERS, William H.; JOHNSON, Virginia E.; KOLODNY, Robert C. *Heterossexualidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

- MONTEIRO, Dulcinéia M. R. *Afetividade e Intimidade*. In: FREITAS, Elizabete V.; PY, Ligia; CANÇADO, Flávio A. X.; DOLL, Johannes; GORZONI, Milton L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p. 1296 – 1300.
  
- PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally W. *Desenvolvimento Humano*. 7ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000.
  
- NERI, Anita L. *Teorias Psicológicas do Envelhecimento*. In: FREITAS, Elizabete V.; PY, Ligia; NERI, Anita L.; CANÇADO, Flávio A. X.; GORZONI, Milton L.; ROCHA, Sônia Maria da. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002, p. 32 – 45.
  
- NERI, Anita L. *Paradigmas e Teorias em Psicologia do Envelhecimento*. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. *Tratado de Gerontologia*. 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto e Belo Horizonte: Atheneu, 2007, p. 57 – 76.
  
- PAPALÉO NETTO, Matheus. *Tratado de Gerontologia*. 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto e Belo Horizonte: Atheneu, 2007.
  
- PAPALÉO NETTO, Matheus. *O Estudo da Velhice no séc XX: Histórico, definição do campo e termos básicos*. In: FREITAS, Elizabete V.; PY, Ligia; NERI, Anita L.; CANÇADO, Flávio A. X.; GORZONI, Milton L.; ROCHA, Sônia Maria da. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002, p. 2 – 12.
  
- RIBEIRO, Alda. *Sexualidade na Terceira Idade*. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. *Tratado de Gerontologia*. 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto e Belo Horizonte: Atheneu, 2007, p.279 – 291.
  
- SALDANHA, Ana A. W.; ARAÚJO, Ludgleydson F. De.; FELIX, Shenia Maria F. *AIDS na Velhice: Os Grupos de Convivência de Idosos como Espaços de Possibilidades*. In FALCÃO, Deusivania V. S; DIAS, Cristina Maria S. B. *Maturidade e Velhice: Pesquisa e Intervenções Psicológicas*. Vol 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p.217 – 233.
  
- VIEIRA, Francisco P. *Aspectos Sócio-Culturais da Sexualidade na Terceira Idade*. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, vol.7, n.1, p. 65 – 75, jan./jun, 1996. Disponível em:  
[http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/pdf/volumes/volume7\\_1.pdf#page=56](http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/pdf/volumes/volume7_1.pdf#page=56).

- VIEIRA, Eliane B. *Manual de Gerontologia: Um guia teórico – prático para profissionais, cuidadores e familiares*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2004.
- WITTER, Geraldina P. *Envelhecimento – Referenciais Teóricos e Pesquisas*. Campinas – São Paulo: Editora Alínea, 2006.
- [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 08 mar. 2008.
- <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em: 08 mar. 2008.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO REDIGIDA PARA A COORDENADORA DO  
CENFOR**

Solicito autorização da coordenadora do CENFOR (Leida Maria de Oliveira Mota) para a utilização dos consultórios de Psicologia, com o intuito de realizar as entrevistas com a amostra para coletar dados cuja importância é ímpar na verificação dos objetivos estabelecidos da monografia intitulada “Sexualidade na Velhice”.

Brasília, DF, 06 de maio de 2008

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Leida', is positioned above a horizontal dashed line.

Leida Maria de Oliveira Mota

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **Dados de identificação**

Título do Projeto: Sexualidade na Velhice – Mito e Realidade

Pesquisador Responsável: Maria do Carmo de Lima Meira

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: UniCEUB

Telefones para contato: (061) 3321-9567 / (061) 99833955

Nome do (a) Voluntário (a): Viviani Mazzocco Dutton Burke

R.G: 062350004-8

O Sr.<sup>(a)</sup> está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa Sexualidade na Velhice – Mito e Realidade, de responsabilidade da pesquisadora Maria do Carmo de Lima Meira.

A pesquisa consiste em coletar informações atuais sobre sexualidade na velhice visando estimular a conscientização sobre o tema, bem como incentivar a valorização da figura do idoso. Logo, um dos principais objetivos da pesquisa consiste em discutir sobre sexualidade e envelhecimento e analisar a repercussão da sexualidade frente à sociedade.

Dentre os benefícios esperados estão: a reflexão que os (as) participantes poderão fazer sobre a sua vida sexual, fato este que poderá estimular uma melhora da qualidade de vida, e a atualização de informações sobre a sexualidade humana na velhice.

O procedimento de coleta de material ocorrerá da seguinte forma: o material utilizado para coleta de dados consiste em uma entrevista onde serão feitas perguntas relacionadas à sexualidade. As entrevistas serão realizadas nos consultórios de atendimento do CENFOR, em horário definido pelo (a) Sr.<sup>(a)</sup> e terão duração máxima de uma hora. Quanto ao uso do gravador, este será manuseado apenas se houver a sua autorização. Será feita apenas uma única entrevista com cada participante, sendo que a entrevista será realizada individualmente.

Você será esclarecido (a) pelo pesquisador sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você estará livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. O pesquisador irá tratar a sua identidade com



padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Caso houver problemas relacionados ao transporte, deve ser prevista uma compensação financeira que deverá ser calculada de acordo com os gastos reais do (a) participante.

Caso ocorrer alguma dúvida ou sentir-se prejudicado (a), você poderá contatar a pesquisadora responsável, ou sua orientadora, ou ainda o Comitê de Ética em pesquisa do centro universitário de Brasília - Uniceub, situado na SEPN 707/907, campus UniCEUB, Bloco IX, Cep: 70790-075, Brasília – Fone: (61) 3340.1288 comite.bioetica@uniceub.br.

A pesquisadora principal do estudo lhe ofertará uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- 1- Você acredita que as relações sexuais são importantes no decorrer da Terceira Idade?**
- 2- Você considera que as relações sexuais são fundamentais ou complementares para o seu relacionamento conjugal? Explique.**
- 3- Você acredita que o seu “desejo sexual” diminuiu com a idade?**
- 4- Você acha que as relações sexuais pioraram após os 60 anos? Se a resposta for afirmativa, o que piorou?**
- 5- Você mantém a mesma “frequência” nas suas relações sexuais comparado à frequência que tinha na sua juventude?**
- 6- Quais são os aspectos fundamentais para o êxito de suas relações sexuais?**
- 7- Seu companheiro a satisfaz plenamente em suas relações sexuais? Caso negativo, você consegue se satisfazer?**
- 8- Como você se sente após ter concretizado suas relações sexuais?**
- 9- Você elegeu alguém como seu confidente a respeito de sua vida sexual? Quem? O que você aborda em suas confidências?**
- 10- Você acredita no mito da velhice assexuada?**

## **APÊNDICE D – ENTREVISTAS TRANSCRITAS**

**Participante 01: 65 anos, casada.**

**1- Você acredita que as relações sexuais são importantes no decorrer da Terceira Idade?**

**R:** Acredito que são importantíssimas; elas são importantes em todos os relacionamentos, é questão de parceria. A relação sexual é muito importante para uma boa qualidade de vida, além de ajudar a resolver os problemas.

**2- Você considera que as relações sexuais são fundamentais ou complementares para o seu relacionamento conjugal? Explique.**

**R:** Acho que são fundamentais. Um casal que tem um bom relacionamento conjugal é capaz de enfrentar melhor os problemas. A harmonia sexual depende uns 80% da mulher. A relação sexual facilita a mulher na obtenção de ganhos, por que ela “doma” o homem. Existem vários ganhos que a mulher obtém com o sexo como: alívio financeiro, liberdade para tomar decisões e garantia de que o marido não vai procurar mulheres fora de casa ou vai se masturbar. A mulher tem que ser companheira, carinhosa, confidente. Não sou antiquada, mas se as mulheres não forem assim, não há homem que agüente.

**3- Você acredita que o seu “desejo sexual” diminuiu com a idade?**

**R:** Não, não diminuiu. Só não tem a mesma energia, disposição física. Quando eu era mais jovem, eu trabalhava 12 horas por dia e chegava em casa toda assanhada. Ultimamente prefiro fazer sexo mais cedo porque eu tenho mais energia. Já meu marido não tem essa de horário ideal para fazer sexo.

**4- Você acha que as relações sexuais pioraram após os 60 anos? Se a resposta for afirmativa, o que piorou?**

**R:** Não, muito pelo contrário. As relações sexuais são de melhor qualidade, porque agora o apartamento é todo nosso. Não tem barulho de telefone tocando, de gente chegando em casa, os filhos já saíram de casa, a casa está vazia; sábado e domingo é o nosso dia de orgia. Quando você é mais jovem tem dores, menstruação, possibilidade de gravidez... hoje em dia, me sinto liberta!

**5- Você mantém a mesma “frequência” nas suas relações sexuais comparado à frequência que tinha na sua juventude?**

**R:** Acho que diminuiu um pouco por causa da disposição física. Atualmente tenho relações sexuais de 2 a 3 vezes por semana. Meu médico acha espetacular! Mas você deve ficar atenta porque mantenho essa frequência sexual porque faço reposição hormonal.

**6- Quais são os aspectos fundamentais para o êxito de suas relações sexuais?**

**R:** O compartilhar. Aí está respeito, doação, união. Ele compartilha comigo, eu compartilho com ele.

**7- Seu companheiro a satisfaz plenamente em suas relações sexuais? Caso negativo, você consegue se satisfazer?**

**R:** Totalmente. Se eu procuro outros meios de satisfação, é com ele mesmo. Já ele demora um pouco mais para se excitar.

**8- Como você se sente após ter concretizado suas relações sexuais?**

**R:** Eu me sinto tão bem que ... eu me sinto realizada em muitos ângulos: eu vejo ele realizado, eu durmo melhor, eu me sinto muito bem.

**9- Você elegeu alguém como seu confidente a respeito de sua vida sexual? Quem? O que você aborda em suas confidências?**

**R:** Não, só meu marido. Nunca senti necessidade de procurar outra pessoa para conversar sobre essas questões.

**10- Você acredita no mito da velhice assexuada?**

**R:** Acredito sim. Acho que existe o mito de que muitas mulheres acham que tudo acabou na velhice. Quanto aos homens, acho que eles têm atitudes exacerbadas nessa fase como sair com mulheres bem mais novas, por exemplo.

**Participante 02: 67 anos, separada há 18 anos, viúva há 1 ano, sem parceiro fixo.**

**1- Você acredita que as relações sexuais são importantes no decorrer da Terceira Idade?**

**R:** Mais ou menos. Pra falar a verdade mais pra menos. O mais importante é a companhia e a união. Desde novinha sempre fui recatada, o sexo nunca foi tão importante pra mim.

**2- Você considera que as relações sexuais são fundamentais ou complementares para o seu relacionamento conjugal? Explique.**

**R:** Complementar, porque acho que tem o mesmo peso de outras necessidades, como alimentação e necessidade financeira.

**3- Você acredita que o seu “desejo sexual” diminuiu com a idade?**

**R:** Não, pra mim é a mesma coisa. Se a gente tem um companheiro a gente se anima, se não, tudo bem também. Fiz uma cirurgia de retirada do útero há 24 anos. Nunca tive menopausa, nem sei o que é isso.

**4- Você acha que as relações sexuais pioraram após os 60 anos? Se a resposta for afirmativa, o que piorou?**

**R:** Não sei, porque nessa época já estava separada e depois do meu marido não tive mais ninguém.

**5- Você mantém a mesma “frequência” nas suas relações sexuais comparado à frequência que tinha na sua juventude?**

**R:** Essa também não sei responder.

**6- Quais são os aspectos fundamentais para o êxito de suas relações sexuais?**

**R:** Ah, tranquilidade, paz interior.

**7- Seu companheiro a satisfaz plenamente em suas relações sexuais? Caso negativo, você consegue se satisfazer?**

**R:** Não respondeu.

**8- Como você se sente após ter concretizado suas relações sexuais?**

**R:** Bem, feliz, raríssimas vezes eu me contrariei.

**9- Você elegeu alguém como seu confidente a respeito de sua vida sexual? Quem? O que você aborda em suas confidências?**

**R:** Não conversei com ninguém sobre isso. Só Deus mesmo e minha ginecologista.

**10- Você acredita no mito da velhice assexuada?**

**R:** Acredito que não; não sei se surgisse um companheiro reacenderiam as chamas. Eu tenho tão pouco a oferecer... tem muita mulher bonita lá fora. O meu momento já passou.

**Participante 03: 68 anos, viúva há 35 anos. Teve um parceiro com quem namorou por 8 anos, e depois do término só manteve relacionamentos curtos.**

**1- Você acredita que as relações sexuais são importantes no decorrer da Terceira Idade?**

**R:** São, porque eu acho que elas dão mais vida naquela vida da gente que tá começando a ficar sem graça; é bom para a gente se sentir mais gente. Eu acho que sexo é mente. Se você ficar pensando “eu quero sexo, eu quero”, isso não vai sair da sua cabeça. Atualmente não tenho namorado porque só aparecem homens casados querendo ficar comigo. Outra coisa é DST. Tenho evitado ter relações sexuais por causa das DST’s, mas gostaria de ter alguém por perto para me abraçar, me dar beijos... São coisas que fazem parte da vida. Até hoje não encontrei ninguém para me amarrar. Quem está por dentro dessas reuniões da terceira idade sabe que a maioria dos homens que vão são casados; e o pior de tudo é que eles arranjam namoradas lá. Eu vou aos bailes da terceira idade para dançar. Adoro dançar. Substituí a sexualidade pela dança.

Também não tenho namorado ultimamente porque minha filha não aprova. Ela é evangélica e muito radical. Ela fica dizendo: “Namorar com essa idade; que coisa ridícula!”. É um tabu que minha filha tem e eu gostaria de respeitar.

**2- Você considera que as relações sexuais são fundamentais ou complementares para o seu relacionamento conjugal? Explique.**

**R:** São complementares, porque elas complementam o amor, a união... incentiva o amor.

**3- Você acredita que o seu “desejo sexual” diminuiu com a idade?**

**R:** Não, eu acho que não aumentou, mas não diminuiu... continua a mesma coisa. O problema é que tem que manter algo perto para aumentar o desejo.

**4- Você acha que as relações sexuais pioraram após os 60 anos? Se a resposta for afirmativa, o que piorou?**

**R:** Eu acho que pioraram mais cedo, porque tive mioma e tirei o útero, daí entrei na menopausa aos 42 anos, o que me prejudicou muito. Houve ressecamento vaginal, tive que usar pomada, mas o incômodo continuava. Tive que usar pomada o tempo todo porque senão ressecava a vagina.

**5- Você mantém a mesma “frequência” nas suas relações sexuais comparado à frequência que tinha na sua juventude?**

**R:** Não diminuíram. Sempre foram normais. Não sei se eu que sou “foguenta”, mas costumo ter relações duas a três vezes por semana. Quando era casada nem era tanto porque ele não tinha tempo; ele tinha 3 empregos e ainda fazia faculdade. Às vezes arroz virava papa, bife ficava cru, porque não tinha tempo.

**6- Quais são os aspectos fundamentais para o êxito de suas relações sexuais?**

**R:** Amor, afinidade. Acho que não tendo isso não rola.

**7- Seu companheiro a satisfaz plenamente em suas relações sexuais? Caso negativo, você consegue se satisfazer?**

**R:** Às vezes sim, às vezes não. Eu acho que deve ser um defeito meu porque não costumo ter orgasmos em todas as relações sexuais. Às vezes me satisfaço sozinha, às vezes só uma cena de novela me excita. Eu tenho minhas fases.

**8- Como você se sente após ter concretizado suas relações sexuais?**

**R:** Quando eu não tenho orgasmos me sinto horrível, insatisfeita, parecia que não tinha feito nada. Agora, quando tenho orgasmo, me sinto realizada.

**9- Você elegeu alguém como seu confidente a respeito de sua vida sexual? Quem? O que você aborda em suas confidências?**

**R:** Não tenho confidentes. Costumava conversar com meu marido e, quando estou namorando, procuro conversar com eles.

**10- Você acredita no mito da velhice assexuada?**

**R:** Eu acredito que não. Eu digo que não tirando por mim. Eu não tenho parceiro atualmente e sinto. Uma amiga minha de 55 anos disse que isso é ridículo, que não existe isso quando se fica velho. Quero ver se ela vai pensar isso quando chegar na minha idade.

**Participante 04: 60 anos, viúva há 6 anos, mantém um relacionamento a distância com um antigo ex namorado.**

**1- Você acredita que as relações sexuais são importantes no decorrer da Terceira Idade?**

**R:** Eu acho que sim. Não são só os jovens que precisam de sexo, os idosos também precisam; ajuda a gente a ter mais força, mais vida.

**2- Você considera que as relações sexuais são fundamentais ou complementares para o seu relacionamento conjugal? Explique.**

**R:** Acho que é fundamental. Eu acho que a gente precisa também. Se um casal fica junto por uns 50 anos, por exemplo, é porque algo dá certo entre eles.

**3- Você acredita que o seu “desejo sexual” diminuiu com a idade?**

**R:** Não, é claro que diminui. Quando a gente é mais jovem tem mais energia, mais força. Quando a gente fica mais velha precisa ter alguém do lado.

**4- Você acha que as relações sexuais pioraram após os 60 anos? Se a resposta for afirmativa, o que piorou?**

**R:** Ficou mais difícil porque eu e meu ex-marido ficamos muito tempo sem ter relações. Ele me humilhava muito. Eu não sentia vontade de ter relações com ele porque ele me machucava muito. Agora com meu namorado eu sinto vontade. Sempre que ele vem me visitar a gente tem uma frequência boa.

**5- Você mantém a mesma “frequência” nas suas relações sexuais comparado à frequência que tinha na sua juventude?**

**R:** Sim, quando meu parceiro chega de viagem é muito movimentado; ele dá trabalho! (risos).

**6- Quais são os aspectos fundamentais para o êxito de suas relações sexuais?**

**R:** Sentir prazer. A gente tem que se conhecer, sentir alguma coisa pelo seu parceiro.

**7- Seu companheiro a satisfaz plenamente em suas relações sexuais? Caso negativo, você consegue se satisfazer?**

**R:** Sim. Às vezes me satisfaço sozinha. Tem horas que dá vontade de fazer umas besteiras (risos).

**8- Como você se sente após ter concretizado suas relações sexuais?**

**R:** Me sinto à vontade. Com meu marido nunca sentia prazer, porque ele me maltratava, mas com meu namorado eu sinto prazer. Me sinto realizada.



**9- Você elegeu alguém como seu confidente a respeito de sua vida sexual? Quem? O que você aborda em suas confidências?**

**R:** Não converso com ninguém. Tenho vergonha.

**10- Você acredita no mito da velhice assexuada?**

**R:** Não, só acho que as coisas mudam. A gente necessita de sexo, mas não tem aquela tesão de quando era jovem.

**Participante 05: 65 anos, desquitada, atualmente não tem parceiro.**

**1- Você acredita que as relações sexuais são importantes no decorrer da Terceira Idade?**

**R:** Sim, porque satisfaz o ego de cada um.

**2- Você considera que as relações sexuais são fundamentais ou complementares para o seu relacionamento conjugal? Explique.**

**R:** Acredito que são fundamentais, porque o relacionamento começa na cama.

**3- Você acredita que o seu “desejo sexual” diminuiu com a idade?**

**R:** Eu bloqueei. Quando eu era jovem, fui mãe-de-santo, casei, separei, tive muitos parceiros. Eu era muito namoradeira. Há uns 5 anos entrei para a Renovação Carismática. Lá ter relações sexuais fora do casamento é proibido, assim como a masturbação. Com essa idéia de sexo ser proibido acabei bloqueando. Mas sinto falta de um companheiro. Quando sei que alguém está interessado eu me afasto! Tenho uma amiga muito bonita e ela se sente muito sozinha. Fico incentivando ela a encontrar um companheiro porque ela é tão bonita; deveria ter um companheiro.

**4- Você acha que as relações sexuais pioraram após os 60 anos? Se a resposta for afirmativa, o que piorou?**

**R:** Sinto muito, mas não posso responder essa pergunta.

**5- Você mantém a mesma “frequência” nas suas relações sexuais comparado à frequência que tinha na sua juventude?**

**R:** Também não posso responder essa. Eu fui à ginecologista no começo do ano e ela disse que eu estava fechadinha, parecia que nunca tinha tido relação sexual.

**6- Quais são os aspectos fundamentais para o êxito de suas relações sexuais?**

**R:** Os dois precisam ter atingido o que querem: o orgasmo. Também acredito que o companheirismo e o respeito mútuo são fundamentais.

**7- Seu companheiro a satisfaz plenamente em suas relações sexuais? Caso negativo, você consegue se satisfazer?**

**R:** Não me satisfaço sozinha porque a igreja católica reprova. A gente vai se educando aos poucos. Vontade eu sinto, mas quando ela aparece, eu tomo um calmante ou faço uma mistura de polaramine com outro remédio para eu dormir.

**8- Como você se sente após ter concretizado suas relações sexuais?**

**R:** Uma sensação muito boa, de realização, prazer.

**9- Você elegeu alguém como seu confidente a respeito de sua vida sexual? Quem? O que você aborda em suas confidências?**

**R:** Não. Não converso com ninguém sobre essas coisas.

**10- Você acredita no mito da velhice assexuada?**

**R:** Eu não acredito não. Só acho que a libido é diminuída com o uso de muitos medicamentos.

**Participante 06: 67 anos, casada há 44 anos**

**1- Você acredita que as relações sexuais são importantes no decorrer da Terceira Idade?**

**R:** Como posso responder... Porque eu acho assim: ninguém é igual. Eu acredito que as relações sexuais podem ser muito importantes, desde que a pessoa esteja bem de saúde.

**2- Você considera que as relações sexuais são fundamentais ou complementares para o seu relacionamento conjugal? Explique.**

**R:** Complementam. Por causa da convivência que o casal adquire com o tempo, além de segurar o casal.

**3- Você acredita que o seu “desejo sexual” diminuiu com a idade?**

**R:** Eu acho que não diminuiu. Está exatamente a mesma coisa. Quando eu tirei o útero pensei que não teria mais prazer, mas foi o oposto; me senti mais confortável porque estava isenta da possibilidade de engravidar. Quando era mais jovem, ficava com medo de ter relação... Eu pensava: “Nossa! Outro filho... eu já tenho cinco!”.

**4- Você acha que as relações sexuais pioraram após os 60 anos? Se a resposta for afirmativa, o que piorou?**

**R:** Bom, ela piorou e com motivo, porque a gente precisa de afeto durante a relação e o marido não estava nem aí. Ele já chega pronto para ter relações. Quando não quero eu digo não e às vezes saio da cama porque o corpo não aguenta. O prazer não acaba porque está na cabeça. Se ele procurasse me entender melhor... Porque tem vezes em que estou interessada.

**5- Você mantém a mesma “frequência” nas suas relações sexuais comparado à frequência que tinha na sua juventude?**

**R:** Não, diminuiu. Hoje em dia temos relações de 1 a 2 vezes por semana mas, devido a saúde, não sinto mais tanto prazer como antes. Eu dou, mas não recebo.

**6- Quais são os aspectos fundamentais para o êxito de suas relações sexuais?**

**R:** Amor pode ser interpretado como bem querer e é bom, mas o prazer é melhor que o amor.

**7- Seu companheiro a satisfaz plenamente em suas relações sexuais? Caso negativo, você consegue se satisfazer?**

**R:** Às vezes sim, mas nem sempre; meio a meio. Às vezes meu marido me procura só pra dizer que é homem e não porque ele realmente quer. Atualmente não consigo me satisfazer sozinha porque a saúde não me permite, mas às vezes que estou de saco cheio,

deixo ele falando sozinho e me satisfaço. Prazer é uma coisa que você pode sentir a qualquer hora, mas o encanto...

**8- Como você se sente após ter concretizado suas relações sexuais?**

**R:** Quando não sinto prazer, me sinto cansada, esgotada. Já quando tenho prazer me sinto satisfeita, igual a quando a gente acaba de comer um prato de comida.

**9- Você elegeu alguém como seu confidente a respeito de sua vida sexual? Quem? O que você aborda em suas confidências?**

**R:** Esse assunto não. Eu acho que conversar sobre sexo é algo muito reservado. Há um tempo conversei com uma amiga, mas depois pensei: “Eu não devia ter dito isso. Vai que ela fica com pena do meu marido e resolve me passar a perna”. Aí agora fico mais calada, mais quieta.

**10- Você acredita no mito da velhice assexuada?**

**R:** Não perdem não. Até hoje não perdi. Mesmo com a retirada do útero continuo tendo prazer. Mas, se eu tivesse um relacionamento mais tranquilo com meu marido estaria melhor.

## **ANEXOS**

# ANEXO A – FOLHA DE ROSTO DO PROJETO DE PESQUISA

MINISTÉRIO DA SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

| FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS  |   |                           |                                  |                                      | FR - 184237 |
|--|---|---------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------|
| Projeto de Pesquisa<br>Sexualidade na Velhice - Mito e Realidade   |   |                           |                                  |                                      |             |
| Área de Conhecimento<br>7.00 - Ciências Humanas - 7.07 - Psicologia  |   |                           |                                  | Grupo<br>Grupo III                   | Nível       |
| Área(s) Temática(s) Especial(s)  |   |                           |                                  | Fase<br>Não se Aplica                |             |
| Unitermos<br>Sexualidade   |   |                           |                                  |                                      |             |
| Sujeitos na Pesquisa   |   |                           |                                  |                                      |             |
| Nº de Sujeitos no Centro<br>5  | Total Brasil<br>5                         | Nº de Sujeitos Total<br>5 | Grupos Especiais                 |                                      |             |
| Placebo<br>NAO   | Medicamentos<br>HIV / AIDS<br>NAO         | Wash-out<br>NAO           | Sem Tratamento Específico<br>NAO | Banco de Materiais Biológicos<br>NAO |             |
| Pesquisador Responsável  |   |                           |                                  |                                      |             |
| Pesquisador Responsável<br>Mário do Carmo de Lima Meira  |   |                           | CPF<br>305.229.511-04            | Identidade<br>184701                 |             |
| Área de Especialização<br>PSICOLOGIA   |   |                           | Maiores Titulação<br>MESTRADO    | Nacionalidade<br>BRASILEIRA          |             |
| Endereço<br>SHIGS 703 BLOCO I CASA29   |   |                           | Bairro<br>ASA SUL                | Cidade<br>BRASILIA - DF              |             |
| Código Postal<br>70331-709   | Telefone<br>(61) 99833955 / (61) 33219567 |                           | Fax                              | Email<br>carmo.maria@gmail.com       |             |
| <p><b>Termo de Compromisso</b></p> <p>Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.</p> <p>Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.</p> <p>Data: 02/04/2008</p> <p style="text-align: right;">Assinatura</p> |   |                           |                                  |                                      |             |
| Instituição Onde Será Realizado  |   |                           |                                  |                                      |             |
| Nome<br>Centro Universitário de Brasília - UNICEUB   |   |                           | CNPJ<br>00.059.857/0001-87       | Nacional/Internacional<br>Nacional   |             |
| Unidade/Órgão<br>CENFOR de Psicologia  |   |                           | Participação Estrangeira<br>NAO  | Projeto Multicêntrico<br>NAO         |             |
| Endereço<br>SEPN 707/907, Campus do UNICEUB  |   |                           | Bairro<br>Asa Norte              | Cidade<br>Brasília - DF              |             |
| Código Postal<br>70790-075   | Telefone<br>(61) 3340-1600                |                           | Fax<br>(61) 3447-6620            | Email<br>fcs@uniceub.br              |             |
| <p><b>Termo de Compromisso</b></p> <p>Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Nome: Simon Roballo</p> <p>Data: 02/04/08</p> <p style="text-align: right;">Prof. Simon Roballo<br/>Assinatura</p>  |   |                           |                                  |                                      |             |

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 30/03/2008. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

⓪ Voltar

IMPRIMIR

## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP / UniCEUB



Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Brasília, 10 de abril de 2008.

Memo. 94/08

Do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UniCEUB

Para: Maria do Carmo de Lima Meira

Assunto: Encaminhamento do Parecer TCC 47/08 (CAAE 0030/08)

Prezada Pesquisadora,

Encaminhamos o parecer N° TCC 47/08 (CAAE 0030/08) referente ao projeto “Sexualidade na Velhice – Mito e Realidade”. O mesmo atendeu todas as solicitações apontadas e encontra-se aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa e está em condições de ser iniciado.

Ressaltamos a necessidade de atenção aos incisos IX. 1 e IX. 2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Após o seu encerramento, solicitamos o envio do relatório, conforme anexo, até 05 de julho de 2008.

Marília de Queiroz Dias Jácome  
Comitê de Ética em Pesquisa – UniCEUB  
Coordenadora

Marília de Queiroz Dias Jácome  
Coordenadora do CEP/UniCEUB



